



Sara Cristina de Pina Gonçalves de Sousa

**AUTO-ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL GRAVE:
DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM RECURSO
AO SOCIODRAMA E AO *E-LEARNING***

Janeiro 2012

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob a orientação da Professora Doutora Cristina Queirós (FPCE-UP) e co-orientação do Professor Doutor António Marques (ESTSP-IPP).

RESUMO

A discriminação e o estigma nas pessoas com doença mental são temas prioritários para a Organização Mundial de Saúde (2002), pois o impacto que provocam pode ser tão nefasto como os efeitos directos da própria doença (Corrigan & Penn, 1999). As consequências negativas do estigma influenciam as percepções internas, as crenças e as emoções da pessoa estigmatizada (Ritsher & Phelan, 2004) gerando o auto-estigma, processo de transformação no qual a pessoa com experiência de doença mental deixa de desempenhar os seus papéis sociais e passando a adoptar uma visão passiva e de auto-desvalorização (Brohan et al., 2011; Yanos et al., 2008). Nas pessoas com Doença Mental Grave, o auto-estigma e suas consequências são considerados obstáculos à recuperação e promoção da qualidade de vida.

Este trabalho teve como objectivo conceber e avaliar a eficácia do Curso de Educação e Formação para a Vida Activa (CEFVA), programa de B-Learning que se pretende que seja inovador pois utiliza a psicoeducação através da combinação de uma ferramenta metodológica centrada no grupo, na acção e na aprendizagem (Sociodrama), com uma ferramenta tecnológica que possibilita o ensino à distância, interactivo, flexível e personalizado (*E-Learning*). O programa, dirigido a pessoas com Doença Mental Grave, engloba 15 aulas de educação à distância e 15 aulas presenciais, decorrendo ao longo de 17 semanas e abordando temas relacionados com o auto-estigma, gestão da doença, interacção social e sentimento de pertença à comunidade. Foi aplicado numa amostra de 17 pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, utentes do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto.

Os resultados sugerem que o CEFVA foi eficaz na diminuição do auto-estigma, no aumento do potencial de recuperação, na promoção do *empowerment*, na aquisição de competências de gestão da doença e na melhoria da interacção social dos participantes. Concluiu-se ainda que o Sociodrama e o *E-Learning*, quando combinadas, são metodologias eficazes em intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a este diagnóstico. Os resultados, ainda que de um estudo exploratório, parecem ser promissores para a continuação do desenvolvimento desta metodologia mobilizadora da participação activa e da mudança nas pessoas com experiência de Doença Mental Grave.

ABSTRACT

Discrimination and stigma in people with mental illness are presented as priority issues by the World Health Organization (2002) for the reason that their impact can be as damaging as the direct effects of the disease itself (Corrigan & Penn, 1999). The negative consequences of stigma influence internal perceptions, beliefs, and emotions of the stigmatized person (Ritsher Phelan, 2004), which generate self-stigma. Self-stigma is a transformation process by which people with experience of mental illness start dropping to play their social roles and adopt a passive vision and self negative valorisations (Brohan et al., 2011; Yanos et al., 2008). In people with serious mental illness, self-stigma and their consequences are considered obstacles to recovery and promotion of quality of life.

This work aims to develop and evaluate the effectiveness of the “Education and Training to Active Live Course” (CEFVA), a B-Learning program. With this program we pretend to be innovative since it uses psycho-education through the combination of Sociodrama (a methodological tool focused on the group, in the action and learning) with E-Learning (a technological tool that enables interactive distance learning, flexibility and customization). The program is prepared for people with serious mental illness, and it is organised with 15 distance education classes and 15 sociodrama sessions, developed along 17 weeks. The program deals with topics related with self-stigma, disease management, social interaction, and feeling of belonging to the community. It was applied on a sample of 17 people diagnosed with Schizophrenia, all users of psychiatric Service of the Centro Hospitalar São João, EPE, Porto.

The results suggest that CEFVA was effective in decreasing self-stigma, increasing potential for recovery, promoting empowerment, improving the social interaction of the participants, as well as in skills acquisition for a better disease management. We concluded that Sociodrama and E-Learning, when combined, are effective methodologies in psycho-educative and socio-therapeutic interventions directed for person with this diagnosis. The results, despite it was an exploratory study, seem to be promising for further development of this methodology, which mobilizes the active participation and the change in people with serious mental illness experience.

RESUMÉ

La discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale sont des enjeux prioritaires pour l'Organisation Mondiale de la Santé (2002), car l'impact qu'elles causent peut être aussi négatif que les effets directs de la maladie elle-même (Corrigan & Penn, 1999). Les conséquences négatives de la stigmatisation influencent les perceptions internes, les croyances et les émotions de la personne stigmatisée (Ritsher & Phelan, 2004) générant l'auto-stigma. Celui-ci est un processus de transformation dans lequel la personne ayant de l'expérience de la maladie mentale ne peut plus jouer leur rôles sociaux et adopte une vision passive et négative de soi-même (Brohan et al., 2011 ; Yanos et al., 2008). Pour les personnes ayant une maladie mentale grave, l'auto-stigma et leurs conséquences sont importants obstacles à la récupération et à la promotion de leur qualité de vie.

Ce travail a comme but développer et évaluer l'efficacité du « Cours d'éducation et de formation pour la vie active » (CEFVA), qui est un programme de B-Learning qu'on pense être nouveaux car il utilise la psycho-éducation. Celle-ci présente une combinaison d'un outil méthodologique focalisée sur le groupe, dans l'action et l'apprentissage (Sociodrame) avec un outil technologique qui permet le télé-enseignement interactif, souple et personnalisé (E-Learning). Le programme, dirigé aux personnes atteintes de maladie mentale grave comprend 15 cours d'éducation de distance et 15 sessions en présence, pendant 17 semaines. Le programme traite les questions liées à l'auto-stigmatisation, gestion des maladies, l'interaction sociale et sentiment d'appartenance à la communauté. Il a été appliqué dans un groupe de 17 personnes avec le diagnostic de schizophrénie, tous utilisateurs des services psychiatriques du Centre Hospitalier São João, EPE, Porto.

Les résultats suggèrent que le CEFVA a été efficace dans la diminution de l'auto-stigmatisation, en augmentant le potentiel de récupération, en favorisant l'*empowerment* et l'acquisition de compétences de gestion de la maladie et l'amélioration de l'interaction sociale des participants. On a conclu que les activités de Sociodrame et l'E-Learning, lorsque combinés, sont des méthodes efficaces pour les interventions psycho-éducatives et socio-thérapeutiques dirigés aux personnes avec ce diagnostic. Les résultats, bien qu'ils soient d'une étude exploratoire, stimulent le développement de cette méthodologie qui mobilise la participation active et le changement des personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

*“Mais importante do que a ciência é o seu resultado,
Uma resposta provoca uma centena de perguntas.*

*Mais importante do que a poesia é o seu resultado,
Um poema invoca uma centena de actos heróicos.*

*Mais importante do que o reconhecimento é o seu resultado,
O resultado é dor e culpa.*

*Mais importante do que a procriação é a criança.
Mais importante do que a evolução da criação é a
evolução do criador...”*

J. L. Moreno, 1914

Aos meus **Pais**
Pelo suporte, apoio e amor incondicional ao longo de toda a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ter sido concretizado sem a ajuda de muitas pessoas que ao longo destes quatro anos auxiliaram o meu processo de crescimento pessoal e académico. Com grande satisfação gostaria de agradecer:

Aos meus orientadores, Prof. Doutora Cristina Queirós, pelo seu saber, método e rigor científico, enaltecidos pela sua extrema disponibilidade, entrega, dedicação, amizade e carinho desde o primeiro momento; Prof. Doutor António Marques, pelo seu conhecimento, competência, originalidade e “furor” científico, bem como pelo estímulo e amizade que acompanhou todo este percurso. Sem eles este trabalho não seria possível.

Ao Dr. Roma Torres, pela amizade reconfortante e pela partilha generosa e privilegiada de conhecimento e sabedoria.

Aos meus amigos e companheiros: Mariana Fontoura, pela colaboração inesquecível neste trabalho e com quem partilhei momentos de intensa descoberta sociodramática; Celso Teixeira, por dar voz e alma ao CEFVA tornando-o ainda mais especial; Tânia Barbosa, pela presença e pela palavra certa, na hora certa, nos momentos de maior desânimo.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, ao Centro Hospitalar São João, EPE e à Sociedade Portuguesa de Psicodrama, por terem e continuarem a contribuir, para a minha formação e realização profissional.

Aos meus colegas e amigos do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de S. João, EPE e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, pela amizade, apoio e incentivo diário para prosseguir: Dra. Manuela Moura, Dra. Rosário Curral, João Viana, Vanessa Ribeiro, Diana Maia, Marta Figueiredo, Carla Pires, Nuno Rocha, Paula Portugal, Maria João Trigueiro, Patrícia Cruz, Tiago Coelho, Bruno Melo, Ângela Fernandes, Joaquim Faias, Helena Sousa e Leonor Miranda.

À Ana Raquel Almeida, à Carla Freitas e à Universidade Digital - Unidade de Novas Tecnologias na Educação da Universidade do Porto, pela colaboração dedicada e empenhada no processo criativo do CEFVA.

Aos participantes do CEFVA que me ajudaram a perceber a dimensão da resiliência, da doença mental e da vida.

Por último, mas estando sempre em primeiro:

Aos meus amigos e família pela força do afecto e por estarem sempre lá.

Ao meu marido Miguel e à minha filha Maria pelos momentos de ausência e por darem, todos os dias, sentido à minha vida. Obrigada por tudo.

LISTA DE ABREVIATURAS

EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
FFEP	<i>Family-to-Family Education Program</i>
NAMI	<i>National Alliance for the Mentally Ill</i>
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
COPMI	<i>Children of Parents with a Mental Illness</i>
BASTA	<i>Bavarian Anti-Stigma-Action</i>
WPA	<i>World Psychiatric Association</i>
CEFVA	Curso de Educação e Formação para a Vida Activa
IMR	<i>Illness Management and Recovery</i>
CIR	Cuidados Integrados e Recuperação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
AMI	Aprendizagem Multimédia Interactiva
<i>E-Learning</i>	Aprendizagem à distância
<i>B-Learning</i>	<i>Blended Learning</i>
UP	Universidade do Porto
CHSJ, EPE	Centro Hospitalar São João, EPE
LABRP	Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSIPP
TCAM	Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimédia
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
QSD	Questionário Sócio-demográfico
ISMI	<i>Internalized Stigma of Mental Illness Inventory</i>
RAS-R	<i>Recovery Assessment Scale – R</i>
EAESDIS	Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Interação Social
RSES	<i>Rosenberg Self Esteem Scale</i>
CORE-OM	<i>Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure</i>
CI-FIT	<i>Change Interview – Family and Individual Therapy</i>
EF	Entrevista final aos participantes
QF	Questionário às famílias dos participantes
HAT	<i>Helpful Aspects of Therapy form</i>
EL	Testes de <i>E-Learning</i>

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO: ESTIGMA E AUTO-ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL	7
1. Conceito de Estigma e suas Implicações	9
2. Evolução histórica do Estigma e da Doença Mental	22
3. Diferentes formas de Estigma e respectivas Estratégias de Intervenção	34
4. Auto-Estigma na Doença Mental Grave	53
CAPÍTULO II - CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA ANTI-AUTO-ESTIGMA	63
1. Fundamentação do Curso de Educação e Formação para a Vida Activa (CEFVA)	66
2. Pressupostos do CEFVA	69
2.1. Abordagem educativa em <i>B-Learning</i>	69
2.1. Abordagem baseada na Percepção do Grupo	74
2.2. Abordagem baseada no <i>Empowerment</i>	76
2.3. Abordagem baseada na Gestão da Doença	77
2.4. Abordagem baseada na Gestão do Stress	80
3. Descrição do CEFVA	82
3.1. Metodologia geral do CEFVA	77
3.1.1. Sociodrama	84
3.1.1.1. Definição e considerações gerais	84
3.1.1.2. O Sociodrama no tratamento da psicose em grupo	92
3.1.2. <i>E-Learning</i>	103
3.2. <i>Guidelines</i> do CEFVA	109
CAPÍTULO III – IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PARA A VIDA ACTIVA (CEFVA)	121
1. Método	124
1.1. Instrumentos	124
1.2. Procedimentos	136
1.3. Participantes	142
2. Apresentação dos Resultados	146
3. Discussão dos Resultados	167
CONCLUSÕES	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
Anexo: Exemplo de uma aula de <i>E-Learning</i> do CEFVA	217

INTRODUÇÃO

Na sua célebre obra “*Stigma - Notes on the management of spoiled identity*” Erving Goffman (1963) alertou que pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros. Posteriormente, Crocker e colaboradores (1998) referem como importante uma matriz social de relacionamentos e interações que deve ser entendida segundo três dimensões. A primeira é a *perspectiva*, ou seja, a forma como o estigma é percebido pela pessoa que provoca a estigmatização ou pela pessoa que é alvo da mesma. A segunda dimensão é a *identidade*, definida ao longo de um *contínuum* que vai desde a total individualidade até às identificações baseadas no grupo e ao sentimento de pertença no mesmo. A terceira dimensão é a *reação*, ou seja, o modo como o estigmatizador e o estigmatizado reagem ao estigma e às suas consequências. Esta reação pode ser avaliada e modificada aos níveis cognitivo, afectivo e comportamental. Ora, no que se refere à doença mental, ao longo da história, as respostas sociais e médicas oferecidas às pessoas com experiência de doença mental sempre se desenvolveram dependendo das atitudes adoptadas pela sociedade e das conceptualizações relativamente às causas da doença. Desta forma, o que hoje é considerado como comportamento “normal” ou “anormal” tem assumido diferentes significados ao longo dos tempos. A capacidade de lidar com o estigma como aspecto integrante da recuperação de cada pessoa tem também variado ao longo das épocas, em função das ideias prevalentes sobre a doença mental e outros factores sociais e políticos existentes (Alves, 2008; Marques, 2007). Assim, para a promoção de uma sociedade mais justa, é fundamental desmontarem-se os modelos teóricos que perpetuam o modelo de exclusão (Moita, 2006).

Nos últimos 20 anos assistimos a um interesse crescente pela promoção da saúde mental, sendo esta percebida como fundamental para a saúde física, bem-estar e qualidade de vida, e como muito importante para a melhoria da saúde em geral. Em 2005, com a assinatura da Declaração de Helsínquia entre todos os países da Comunidade Europeia, a OMS e o Conselho da Europa,

constituíram prioridades para a definição de planos de acção na saúde a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental. O estigma é então indicado como um dos aspectos a ser trabalhado, pois compromete o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde mental. É também apontado como a principal causa de discriminação e exclusão, pois afecta a auto-estima das pessoas, contribui para a disfunção familiar e limita a socialização e a obtenção de habitação e emprego, podendo criar barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação (OMS, 2005a, 2008). Mais recentemente, a actual Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007- 2016, indica também a diminuição do estigma como um dos objectivos a alcançar até 2016 (CNRSSM, 2007).

Perante esta nova concepção torna-se tão importante controlar e tratar os danos que advêm directamente dos efeitos da doença (alterações cognitivas, afectivas e comportamentais que interferem com a capacidade para a pessoa funcionar eficientemente) como os danos que resultam do impacto social e do estigma decorrente da Doença Mental Grave (Arboleda-Flórez, 2003; Crocker et al., 1998; Feldman & Crandall, 2007; Yang et al., 2007). De facto, como a capacidade de comunicação com o exterior está comprometida, tendo em conta que essa comunicação se desenrola em sociedade, a doença mental e as suas representações comprometem a relação e a integração, intensificando os efeitos do estigma (Alves, 2010).

Corrigan (1998) e outros autores de referência nesta temática (como Hinshaw, 2007; Link & Phelan, 2001; Thornicroft, 2009) advertem que a nossa cultura, impregnada de imagens estigmatizantes relacionadas com a doença mental, leva a que as pessoas com esse tipo de experiência possam concordar e aderir aos estereótipos socialmente aceites, verificando-se uma diminuição da auto-estima e da auto-confiança, que, por sua vez, provocam isolamento social, dificuldade em procurar ajuda, baixa adesão ao tratamento e crenças como a falta de crença na recuperação e a desesperança (Lucksted et al., 2011; Mehta et al., 2009). O auto-estigma, é, assim, considerado, de forma consensual, um indicador da sobrecarga provocada pela doença mental na pessoa que a experiencia, sendo encarado como uma barreira ao seu processo

de recuperação constituindo uma área emergente de intervenção (Brohan et al., 2001; Ritscher & Phelan, 2004).

Com a crescente consciencialização sobre o tema e suas particularidades, aumentou também o número de tentativas de intervenção, revelando o interesse da comunidade científica em encontrar respostas eficazes dirigidas à pessoa com doença mental, nas quais estas sejam o objecto e não apenas o alvo final de todo o processo. Porém, estas são escassas e apresentam algumas limitações metodológicas (Fung et al., 2011).

É neste contexto e com base no pressuposto de que há necessidade de novas intervenções especializadas e eficazes na diminuição do auto-estigma em pessoas com experiência de Doença Mental Grave que nos propusemos realizar este trabalho. Enquanto profissionais de saúde mental actuates no terreno, temos uma consciência diária desta problemática, sendo diariamente confrontados com as dificuldades de utentes, famílias e de profissionais na melhoria da qualidade de vida e na inclusão social e promoção do *empowerment* das pessoas com doença mental. Gostaríamos, por isso, de contribuir para o desenvolvimento teórico e prático desta área, surgindo a ideia de recorrer à utilização de uma metodologia de aprendizagem combinada de *Blended Learning (B-Learning)* que engloba um método activo grupal (Sociodrama) e um componente individual de educação à distância (*E-Learning*), com benefícios comprovados ao nível da transmissão de conhecimentos e mudança de cognições, atitudes e comportamentos (Bidarra, 2009; Moreno, 1946; Sternberg & Garcia, 2000).

Pretendemos reforçar a visão integradora da psicoeducação, vertida na originalidade e actualidade dos pressupostos determinados para a nossa intervenção, que genericamente se organizam em torno de uma abordagem educativa em *B-Learning*, baseada na percepção do grupo, no *empowerment*, na gestão da doença bem como na gestão do stress. Para tal, definimos neste trabalho como **objectivos (1º)** desenvolver uma metodologia de intervenção inovadora dirigida ao auto-estigma em pessoas com experiência de Doença Mental Grave, que combina a intervenção em grupo (Sociodrama) com a intervenção individual (*E-Learning*) e que designamos por “Curso de Educação

e Formação para a Vida Activa” (CEFVA), e **(2º)** avaliar a eficácia do programa de *B-Learning* CEFVA nas dimensões relacionadas com o auto-estigma, em pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia. Colocamos como **hipóteses** que o CEFVA contribui para a diminuição do auto-estigma, para o aumento do potencial de recuperação, para a promoção do *empowerment*, para a aquisição de competências de gestão da doença e para a melhoria da interacção social em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, bem como, que o Sociodrama e o *E-Learning* são metodologias eficazes nas intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia.

Para atingirmos os dois objectivos propostos, organizamos o trabalho em três grandes partes ou capítulos. O **Capítulo I** refere-se ao enquadramento teórico do trabalho e nele exploraremos teoricamente as duas problemáticas subjacentes ao nosso objecto de estudo: o estigma e o auto-estigma, procurando clarificar e analisar a forma como actualmente se conceptualiza o estigma, para em seguida nos centrarmos na sua evolução histórica e na forma como bidirecionalmente o estigma e o conhecimento disponível acerca da doença mental se influenciaram mutuamente, condicionando, as representações sociais da doença mental e as respectivas respostas sociais, em cada época e em cada cultura. Analisaremos ainda diferentes formas de estigma e as estratégias de intervenção mais eficazes no seu combate, terminando o capítulo com uma caracterização mais aprofundada sobre o auto-estigma na Doença Mental Grave, objecto de estudo principal do nosso trabalho.

O **Capítulo II** descreve o processo de construção do nosso programa anti-auto-estigma, e nele iremos fundamentar os pressupostos seleccionados que serviram de base para a criação e desenvolvimento do CEFVA, ao mesmo tempo que integraremos e exploraremos a problemática do auto-estigma na Doença Mental Grave. Seguidamente apresentaremos os valores e os princípios que sustentam o nosso programa, reunidos nas duas metodologias que elegemos para, de forma integrada e integral, constituírem o modelo de aprendizagem e mudança de atitudes utilizado o *B-learning*: Sociodrama e *E-Learning*, que apresentaremos, fundamentando a opção tomada como introdução às *guidelines* de implementação do CEFVA.

O **Capítulo III** descreve a implementação propriamente dita do CEFVA, sendo descrito todo o estudo empírico efectuado junto de uma amostra de 17 participantes. Apresentaremos o método (instrumentos, procedimentos e participantes) para de seguida apresentarmos os resultados e respectiva discussão.

Por fim apresentamos as conclusões obtidas bem como as evidências e implicações clínicas do estudo por nós realizado. Terminamos com a apresentação das referências bibliográficas consultadas e apresentamos em anexo um exemplo de uma aula de *E-Learning* para familiarização com o tipo de conteúdos utilizados.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

ESTIGMA E AUTO-ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL

Nas últimas décadas tem-se vindo a assistir a um crescimento entusiástico da investigação e da teorização sobre o estigma da doença mental. No que se refere à Doença Mental Grave, o auto-estigma e as suas consequências são considerados obstáculos significativos ao desenvolvimento dos cuidados de saúde, à recuperação¹ e à promoção da qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental. Começaremos por isso, neste primeiro capítulo, por clarificar e analisar a forma como actualmente perspectivamos o estigma, para em seguida nos centrarmos na sua evolução ao longo dos tempos e na forma como bidirecionalmente estigma e conhecimento disponível acerca da doença mental se entrecruzaram e se foram influenciando mutuamente, condicionando, em cada época e em cada cultura, as representações sociais acerca da doença mental e as respostas sociais encontradas para lhes fazer face. Exploraremos ainda diferentes formas de estigma, produzidas por diferentes grupos e as estratégias de intervenção mais eficientes para o combater. Terminaremos o capítulo com uma caracterização mais aprofundada sobre o auto-estigma na Doença Mental Grave, objecto de estudo do nosso trabalho.

1. Conceito de Estigma e suas implicações

Abordaremos agora o conceito de estigma e as suas implicações nas representações da doença mental, em particular da Doença Mental Grave.

A conceptualização contemporânea do estigma deve-se sobretudo ao trabalho basilar do sociólogo Erving Goffman (1922-1982), classicamente referido como o autor pioneiro na produção e organização de conhecimento acerca deste fenómeno e das suas implicações na doença mental. Segundo Goffman (1963, p. 13) o estigma é um “*atributo profundamente depreciativo*” que se transforma em processo quando um grupo de pessoas atribui uma

¹ Ao longo do nosso trabalho iremos utilizar a terminologia portuguesa de “recuperação” para significar o conceito e paradigma de “*recovery*”, ainda que no nosso entendimento este termo não reflita inteiramente todos os pressupostos que lhe estão subjacentes, nem exista um consenso alargado na cultura portuguesa quanto a esta tradução.

característica distinta ou marca discriminatória a um outro grupo, normalmente minoritário, retirando-lhe direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados. Goffman chama a atenção para o estigma enquanto atributo gerador de descrédito para a pessoa com doença mental, que deixa de ser vista como um todo, para ser encarada como alguém menor. O autor distingue três tipos de estigma: as *abominações do corpo*, como por exemplo a deficiência física; os *estigmas tribais*, como são exemplo a raça, a nação, a religião, o género e a idade; e os defeitos *de carácter individual*, como por exemplo a desonestidade, a doença mental e o desemprego. Argumenta também que as atitudes e os comportamentos estigmatizantes dos outros constituem uma ameaça para a identidade individual de cada pessoa. Desta forma, distingue três tipos de identidade e diferencia-os no que diz respeito à sua relação com o estigma (Goffman, 1963; Leff & Warner, 2006). Assim, a *identidade social* consiste na forma como o indivíduo se apresenta ao mundo que o rodeia, incluindo às pessoas que não o conhecem; a *identidade pessoal* constitui o reconhecimento do indivíduo por aqueles que o conhecem; enquanto que a *identidade do Eu* se relaciona com aquilo que o indivíduo sente sobre si próprio, de forma pessoal, reflectindo a sua própria experiência. O processo de estigmatização ocorre principalmente ao nível da identidade social e é baseado em estereótipos, sustentados por pessoas desconhecidas que não estão habituadas àquele indivíduo, pois é menos provável que as pessoas que o conhecem o façam. Segundo Goffman (1963), a identidade pessoal pode ser preservada dos efeitos do estigma se o indivíduo controlar a quantidade de informação partilhada com o seu círculo social.

Ainda em 1963, Becker, por sua vez, refere que o estigma não é consequência da atitude da pessoa, mas sim da aplicação das normas sociais. Ou seja, os grupos sociais criam normas, cujas infracções causam desvios, e em consequência, as pessoas infractoras são rotuladas como diferentes das restantes (Becker, 1963).

No início da década de 1980, Elliot e colaboradores (1982, cit. por Brohan et al., 2010a) realçam no estigma o conceito de interacção social. Na sua definição, o estigma é uma forma de desvio que leva as outras pessoas a julgarem um indivíduo como ilegítimo para participar na interacção social. Isto

ocorre devido à percepção de que o indivíduo com experiência de doença mental não possui as competências e habilidades para realizar tal interacção, também influenciada pelos juízos sobre a sua perigosidade e imprevisibilidade. Uma vez considerada ilegítima, a pessoa está fora das normas de comportamento social normal e pode ser ignorada ou excluída pelo grupo.

Dois anos mais tarde, o trabalho desenvolvido por Jones e colaboradores (1984) assente na categorização de Goffman, enfatiza a ideia de estigma como “*a relação existente entre o atributo e o estereótipo*” (Goffman, 1963, p. 13). Ou seja, é uma marca (atributo) que associa a pessoa a características indesejáveis (estereótipos) e como tal a pessoa é estigmatizada quando possui uma característica considerada desviante do protótipo ou da norma. Essa característica ou marca inicia um processo de atribuição através do qual as pessoas interpretam outros aspectos do indivíduo e respondem estigmatizando-o à custa da sua individualidade (Jones et al., 1984). Assim, sendo citados por diversos autores (Brohan et al., 2010a; Hinshaw, 2007; Link & Phelan, 2001), propõem seis dimensões fundamentais do estigma associado à doença mental: a *visibilidade* (até que ponto a característica é óbvia ou detectável pelos outros), o *curso* (o tipo de desenvolvimento das condições ao longo do tempo, ou seja se é uma condição crónica ou se é reversível), a *desorganização* (o impacto da diferença nos relacionamentos interpessoais), a *estética* (a diferença facial ou corporal, se gera aversão ou se é percebida como pouco atraente), a *origem* (uma dimensão crucial relacionada com a causa da diferença, em especial se a pessoa é percebida como responsável pela mesma) e o *risco* (grau de perigosidade ou ameaça que a diferença induz). Jones e colaboradores (1984) enfatizam também o processo psicológico *impression engulfment*, como essência do estigma, que se reflecte no conceito actual de auto-estigma ou estigma internalizado.

Outra contribuição para a definição de estigma provém de Croker e colaboradores (1998, p.505), que referem, tal como Goffman, que a pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros: “*as pessoas estigmatizadas possuem (ou acreditam que possuem) alguns atributos ou características, que transmitem uma identidade social que é desvalorizada em contextos sociais*

particulares". Para além do foco na pessoa, os autores sublinham que o estigma ocorre inserido num determinado contexto social que desvaloriza um determinado atributo. Assim, dão relevância a uma matriz social de relacionamentos e interações que deve ser entendida segundo três dimensões. A primeira é a *perspectiva*, ou seja, a forma como o estigma é percebido pela pessoa que provoca a estigmatização ou pela pessoa que é alvo da mesma. A segunda dimensão é a *identidade*, definida ao longo de um *contínuum* que vai desde a total individualidade até às identificações baseadas no grupo e ao sentimento de pertença no mesmo. A terceira dimensão é a *reação*, ou seja, o modo como o estigmatizador e o estigmatizado reagem ao estigma e às suas consequências. Desta forma as reacções podem ser avaliadas aos níveis cognitivo, afectivo e comportamental (Arboleda-Flórez, 2003; Crocker et al., 1998; Yang et al., 2007).

Crocker e colaboradores (1998) apontam ainda três grandes características da marca estigmatizante na doença mental: a *visibilidade*, ou seja o quão óbvia a marca é; a *controlabilidade*, que se reporta a se a marca está ou não sob o controle do estigmatizado e o *impacto*, ou seja, quanto é que os agentes produtores de estigma temem o estigmatizado. As atitudes estigmatizantes pioram se a marca for visível, se ela for percebida como estando dentro do controle do seu portador e se inspirar medo, transmitindo perigo. Corrigan e Watson (2004) designam estas marcas como pistas ou sinais, que são indicadores manifestos da doença mental e intensos indutores de estigma.

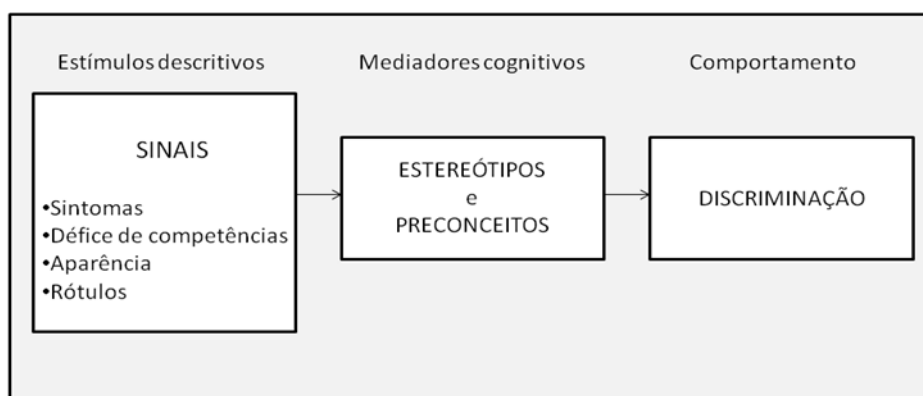
Nos últimos 10 anos verificou-se um aumento substancial da investigação sobre o estigma relacionado com a doença mental, com indiscutível impacto e influência em domínios relacionados com a saúde pública, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental, a difusão de campanhas anti-estigma, a advocacia e o desenvolvimento de políticas (Mak et al., 2007; Spagnolo et al., 2008). Desta forma, o conhecimento científico neste âmbito tem beneficiado do trabalho de vários investigadores por todo o mundo dos quais destacámos quatro grupos: o grupo de Patrick Corrigan, Amy Watson e David Penn, dos Estados Unidos da América (EUA), baseados na psicologia social; o grupo de Bruce Link e Jo Phelan (EUA) com

uma perspectiva de carácter sociológico; o grupo de Matthias Angermeyer (Alemanha) e de Norman Sartorius (Suíça), com uma intensa ligação à Associação Mundial de Psiquiatria; e o grupo de Graham Thornicroft (Inglaterra) vinculado ao Instituto de Psiquiatria do King's College London.

Corrigan (2004 cit. por Jorge-Monteiro & Madeira, 2007, p. 98) afirma que o estigma é a expressão social do “*disempowerment*”, porque promove as ideias da incapacidade para assumir responsabilidades e da falta de autonomia das pessoas com doença mental, tanto na pessoa doente como no público em geral. Num outro trabalho, Corrigan e Watson (2002a) propõem um valioso quadro de referência no qual o estigma é classificado em estigma público e auto-estigma. Conforme veremos de forma mais aprofundada mais à frente, o estigma público é definido como um fenómeno de grandes grupos sociais que subscrevem estereótipos e agem contra um grupo estigmatizado, neste caso, as pessoas com doença mental.

Ainda em 2000, Corrigan propõe também um valioso modelo explicativo do estigma, o Modelo Cognitivo-Social (Figura 1), que pretende explicar a relação entre os estímulos discriminativos (sinais) e o comportamento consequente (discriminação), ao identificar as cognições que medeiam esses construtos (estereótipos e preconceitos). Desta forma o estigma é conceptualizado como sendo dividido em três elementos fundamentais: *estereótipo*, *preconceito* e *discriminação* (Corrigan, 2000).

Figura 1. Modelo Cognitivo-Social de Corrigan (2000)



Hinshaw (2007), por sua vez, apresenta uma perspectiva baseada nos mesmos elementos: os *estereótipos* transmitem os aspectos cognitivos da diferenciação de grupos, na qual os elementos de grupos sociais alheios ou pouco familiares são categorizados de formas bem distintas dos membros do grupo primário. O *preconceito*, em contraste, realça os aspectos afectivos e emocionais da diferenciação, na qual os elementos do grupo estigmatizado são desvalorizados. A *discriminação* faz parte das respostas comportamentais, em particular das acções que explicitamente delimitam os direitos dos outros e os prejudicam. Desta forma, Hinshaw tenta clarificar a relação entre a cognição social, as emoções e o comportamento interpessoal, bem como realça o aspecto afectivo envolvido em todo o processo.

De facto, os estereótipos são estruturas de conhecimento que são aprendidas pela maioria dos elementos de um determinado grupo social (Corrigan, 2007). São também formas eficientes de categorizar a informação sobre os grupos sociais, podendo ser bastante úteis, já que segundo Thornicroft (2009), eles permitem que a pessoa consiga seleccionar cognitivamente toda a informação proveniente do mundo que, devido à sua complexidade, pode ser avassaladora. Todavia, quando os estereótipos se tornam rígidos e particularmente quando negligenciam os factos relacionados com a pessoa ou o grupo em questão, tendem a adquirir uma conotação negativa e pejorativa (Hinshaw, 2007), talvez porque um dos seus primeiros objectivos é auxiliar a sobrevivência social das populações. O bem-estar físico e psicológico das pessoas depende umas das outras e para sobreviverem estas são motivadas a alcançar o sentimento de pertença, a compreensão, o controle, a estima e a confiança. Desta forma, fazem a separação daqueles que ameaçam qualquer um destes recursos básicos à sobrevivência pessoal, colocando-os em grupos sociais avaliados negativamente (Thornicroft, 2009). Apesar de as pessoas conhecerem os estereótipos não quer dizer que concordem com eles. Exemplo disso são os estereótipos sobre diferentes grupos raciais, que muitos conseguem enumerar mas não consideram válidos. As pessoas preconceituosas, pelo contrário, defendem os estereótipos negativos “*É verdade, todas as pessoas com doença mental são perigosas*” e

produzem reacções emocionais como resposta “*Elas assustam-me*” (Devine, 1995).

Já Link e Phelan (2001), referem-se aos estereótipos negativos como desencadeantes da discriminação e da perda de estatuto nas pessoas com doença mental. Destacamos da literatura consultada estereótipos como a perigosidade, a incompetência, a fraqueza de carácter e a responsabilização pela doença, aspectos que retomaremos mais à frente (Corrigan et al., 2002; Corrigan et al., 2008; Feldman & Crandall, 2007; Oliveira, 2009).

Outro conceito importante relacionado com os esterótipos e com os problemas de conhecimento é o mito. A palavra mito, tal como a palavra estigma, provem do grego *mythos* e significa “*palavra dita*”. Freud, Jung, Lockhart e Eliade são autores que se debruçaram sobre este conceito (Jacobi, 1942) e para Freud os mitos podem ser entendidos como a expressão simbólica dos sentimentos e das atitudes inconscientes de uma população. Jung aponta a universalidade do mito, ou seja, a sua capacidade de ser reconhecido por todos e a estranha e complexa atracção sentida por eles, e de facto, as pessoas reconhecem os mitos e relacionam-se com eles. Lockhart (1983 cit. por Lukoff & Everest, 1985, p.124) da corrente jungiana apontou as implicações da relação etimológica e íntima entre os mitos e as palavras: “*Nós precisamos de rituais do dizer... dizer é uma forma de criação de mitos nas nossas vidas... os mitos das pessoas devem ser ditos. Não dizer é veneno e faz-nos doentes.*”. Eliade (2000, cit. por Barbosa, 2010, p. 13) por sua vez encara o mito como uma realidade extremamente complexa que pode ser interpretada de diferentes formas, considerando que “*o mito conta uma história sagrada*”. Segundo Thornicroft (2009), os mitos são uma série de crenças comuns que são firmemente mantidas, mas não são baseadas na evidência, logo se a ignorância estiver presente os mitos abundam. Aplicando o conceito à doença mental, o autor apresenta uma lista dos mitos mais frequentes: “*A Esquizofrenia significa dupla personalidade*”; “*Os “esquizofrénicos” são violentos e perigosos*”; “*As pessoas com doença mental grave são completamente incapazes*”; “*Ter Esquizofrenia significa que nunca poderás fazer nada com a tua vida*”; “*Eles são preguiçosos e não tentam*”; “*É tudo culpa dos genes*”; “*Eles não podem trabalhar*”; “*Eles são incapazes de tomar as suas*

próprias decisões"; *"Não há esperança para as pessoas com doenças mentais"*; *"As doenças mentais não me acontecem a mim"*; *"Doença mental é a mesma coisa que deficiência mental"*; *"Uma vez que as pessoas tenham desenvolvido uma doença mental, nunca irão recuperar"*; *"As doenças mentais surgem devido à fraqueza de carácter"*; *"As perturbações psiquiátricas não são verdadeiras doenças médicas como a diabetes"*; *"A doença mental é o resultado de maus pais"*; *"A Depressão resulta de uma fraqueza da personalidade ou de um defeito de carácter, e as pessoas que estão deprimidas podem facilmente sair disso, se se esforçarem o suficiente"*; *"A Depressão faz parte do processo normal do envelhecimento"*; *"Se tiver sido tratado de uma perturbação psiquiátrica, quer dizer que de alguma maneira falhou ou é fraco"* (Thornicroft, 2009, p. 187). Em suma, como veremos, estes mitos influenciaram o entendimento sobre a doença mental ao longo da história, bem como mais recentemente, o campo da reabilitação psiquiátrica. Assim, os mitos mais do que os factos levaram a que, por exemplo, se acreditasse que ao nível da doença mental não há necessidade nem potencial de reabilitação (Anthony et al., 2002).

Associadas aos mitos e aos estereótipos, as atitudes preconceituosas envolvem uma componente avaliativa, normalmente negativa. O preconceito, tópico frequentemente estudado pela psicologia social, é fundamentalmente uma resposta cognitiva e afectiva, que se traduz não só em pensamentos negativos, como também em emoções negativas como a ansiedade, a raiva, o ressentimento, a hostilidade, a aversão e a repugnância. O preconceito pode predizer uma maior discriminação do que os próprios estereótipos, discriminação essa, que por sua vez se traduz numa resposta comportamental mais ou menos hostil (Crocker et al., 1998; Thornicroft et al., 2007).

No que diz respeito à discriminação, esta pode ser instigada pelos indivíduos, pelas famílias, pelas comunidades ou mesmo por culturas ou nações na sua globalidade. Relacionada com a doença mental, a discriminação pode ser traduzida em vários comportamentos, entre os quais destacamos a coação, a segregação, a hostilidade (ameaças ou agressões físicas), a negação de ajuda e o evitamento (Corrigan et al., 2003b).

A coação é um comportamento chave associado ao tratamento e ao internamento compulsivo, utilizados com mais frequência em pessoas com doença mental associadas a uma maior perigosidade (Pescosolido et al., 1999; Torrey & Zdanowicz, 2001, cit. por Corrigan et al., 2003b; Link et al., 2008; Markowitz, 2010). A segregação, apesar do número de pessoas com doença mental institucionalizadas ter diminuído gradualmente nas últimas décadas, para muitas pessoas continua a ser a melhor resposta e a mais utilizada para lidar com a Doença Mental Grave (Corrigan et al., 2004a). A negação de ajuda e o evitamento activo afecta desfavoravelmente a forma como as pessoas estão dispostas a se envolverem em comportamentos que levam à provisão de recursos interpessoais e económicos, fundamentais para o processo de recuperação da doença mental (Markowitz et al., 2010). De facto, as percepções do público e os consequentes comportamentos discriminatórios diminuem as oportunidades de vida das pessoas com doença mental, nomeadamente no que diz respeito às suas dificuldades na obtenção de emprego e habitação (Baldwin & Marcus, 2006; Chuaqui, 2005; Corrigan & Cooper, 2005; Corrigan & Kleinlein, 2005; Corrigan & Watson, 2004; Feldman & Crandal, 2007; Jorge-Monteiro & Madeira, 2007)

Segundo Penn e Martin (1998, cit. por Corrigan et al., 2008) o público em geral percepciona e infere a doença mental a partir de quatro sinais: os *sintomas psiquiátricos* (afecto desapropriado, comportamento bizarro, solilóquios), os *défices nas competências sociais* (contacto ocular, linguagem corporal e temas de conversa desapropriados), o *aspecto físico desadequado e pouco atractivo* (cuidados de higiene deficitários, limpeza da roupa comprometida) e os *rótulos* (colocados pelos outros ou pelo próprio). A investigação tem sugerido que estes sinais na Doença Mental Grave, por serem mais exuberantes causam medo ao público, marcam a pessoa como “doente mental” e produzem estereótipos os quais por sua vez produzem reacções estigmatizantes (Hinshaw, 2007; Karidi et al., 2010; Corrigan & Watson, 2004).

Indubitavelmente o medo é um aspecto crucial em todo o processo de estigmatização. A análise dimensional do estigma de Jones e colaboradores (1984) indica que aspectos como a imprevisibilidade, o risco e a cronicidade

das doenças mentais, são potenciadores de medo no público em geral. As imagens pouco correctas e pouco favoráveis apresentadas habitualmente pelos *media* sobre as pessoas com doença mental têm um papel fundamental pois formam as atitudes e influenciam os comportamentos do público (Arboleda-Flórez, 2003; Jorge-Monteiro & Madeira, 2007). Os estudos de Corrigan e colaboradores (2001, cit. por Corrigan & Cooper, 2005) e de Angermeyer & Matschinger (2003) concluem que as pessoas que acreditam que quem sofre de doença mental é perigoso, têm maiores respostas de medo e rejeição. Da mesma forma o estudo português de Loureiro e colaboradores (2008) verifica que as crenças fortemente enraizadas no país como a perigosidade, continuam presentes na actualidade de uma forma muito significativa. Tal como Alves (2008, p.299), que no seu estudo realizado a Norte de Portugal identificou que a representação predominante da pessoa com experiência de doença mental no saber leigo é *“a do louco, perigoso e violento (...) Pode desenvolver actos de violência e até matar e por esse motivo tem de ser preso, arredado da vida em sociedade para que não possa fazer mal aos outros bem como a si próprio”*.

Curiosamente os estudos realizados nos últimos anos foram consensuais no que diz respeito ao facto de que as pessoas com Doença Mental Grave, particularmente a Esquizofrenia, terem uma maior probabilidade de cometer ofensas não violentas e estarem em maior risco de serem alvo de violência (Arseneault et al., 2000; Brennan et al., 2000; Rasanen et al., 1998; Tengstrom et al., 2004). Também reforçam a ideia de que as pessoas com doença mental são mais associadas aos crimes violentos do que as pessoas sem doença, pelo público em geral.

Link e Phelan (2001) em resposta às críticas de que o estigma tem sido definido de uma forma vaga e demasiado centrada no indivíduo, propõem uma definição sociológica de estigma que, segundo Yang e colaboradores (2007), representa mais um passo importante para a conceptualização do estigma. Neste sentido os autores postulam cinco fases do processo de estigmatização: (1) *criação de rótulos*, (2) *criação de estereótipos* relacionados com os rótulos, (3) *distanciamento cognitivo* com separação do “nós” versus os “outros” - categorias resultantes dos estereótipos, (4) *criação de respostas emocionais*

por parte dos estigmatizadores, como a raiva, o medo, a pena, a ansiedade, e por parte dos que são alvo do estigma como o embaraço, a vergonha e a alienação, e (5) *perda de estatuto social e discriminação* como resultado final (Link et al., 2004). De acordo com Hinshaw (2007), este modelo evolui dos processos individuais de criação de rótulos e diferenciação, para processos sociais e estruturais que explicam as políticas discriminatórias. Desta forma, a discriminação estrutural², é considerada uma contribuição fundamental de Link e Phelan para a conceptualização do estigma, já que o seu processo depende do uso de poder político, económico e social, que impregna os componentes atrás referidos com consequências discriminatórias.

Link e colaboradores (2004) enfatizam assim a importância da partilha de poder afirmando que o estigma ocorre quando um grupo social dominante desvaloriza os atributos de um grupo menos poderoso. No que se refere à partilha de poder entre as pessoas, Deegan (1997), Warner (2000) e Linhorst (2006) consideram-na vital para a existência de *empowerment*.

Por sua vez Thornicroft e colaboradores (2007) fazem uma interessante revisão às diferentes conceptualizações de estigma existentes, na qual sugerem que o processo de estigmatização inclui três elementos fundamentais: *os problemas de conhecimento* (ignorância ou informação errada), *os problemas de atitude* (preconceitos) e *os problemas de comportamento* (discriminação). Sublinham que o maior desafio para o futuro é identificar quais as intervenções que poderão promover uma mudança de comportamento, de forma a reduzir a discriminação das pessoas com doença mental. Uma análise mais pormenorizada aos problemas de conhecimento referidos por Thornicroft (2009) sugere que a investigação tem demonstrado fortes evidências de que os níveis de conhecimento geral sobre a doença mental são notavelmente baixos, especialmente nas pessoas com mais idade. Num estudo realizado em 2003 pelo Eurobarómetro (Thornicroft, 2009), com 12000 participantes de vários

² Discriminação estrutural é uma forma de discriminação subtil, que ocorre quando por exemplo um empregador de raça branca é fortemente influenciado por recomendações fornecidas por colegas seus também de raça branca, que por sua vez têm maior tendência para recomendar pessoas da mesma raça. Não há uma negação directa do trabalho a uma pessoa de cor, porém a discriminação ocorre. Outro exemplo é evidente quando os locais de tratamento para doenças estigmatizadas, como a Esquizofrenia, são instalados em bairros isolados, pobres ou perigosos (Link & Phelan, 2006).

países europeus acerca dos equívocos associados à doença mental, verificou-se que a falta de informação é muito comum e presente na população: Grécia (81%), Alemanha (80%), Eslováquia (61%), Polónia (50%), Turquia (39%) e Áustria (29%). Na Austrália, país pioneiro na investigação do estigma através de inquéritos à população, realizou-se um estudo com 2000 participantes (Hurstfield et al., 2004) que responderam sobre as características de duas perturbações psiquiátricas. A maioria dos inquiridos (72%) conseguiram identificar aspectos chave da Depressão, mas apenas 27% conseguiram reconhecer a Esquizofrenia. A maioria dos tratamentos psiquiátricos estandardizados (psicofármacos ou o internamento) foram mais vezes considerados nocivos do que úteis e note-se que a toma de vitaminas foi o tratamento mais recomendado para a doença mental. Contudo, é positivo verificar que, numa comparação com a população em geral, tem-se observado que as próprias pessoas com experiência de doença mental e os seus familiares possuem atitudes mais positivas perante a medicação psicotrópica (Baumann et al., 2004; Irani, et al., 2004) e alguns estudos reportam que a satisfação com este tipo de tratamento é grande (Sartorius et al., 2010). Verificam-se também lacunas significativas sobre a questão de saber como pedir ajuda para resolver um problema de saúde mental. Segundo Corrigan (2004) o estigma representa uma preocupação de saúde pública, já que cria uma barreira à procura de ajuda e cuidados e à própria continuidade de adesão ao tratamento.

De facto, a Esquizofrenia é considerada, entre as doenças mentais graves, a condição mais estigmatizada. Numa comparação com outras doenças mentais como a Depressão, as Perturbações de Ansiedade e as Perturbações do Comportamento Alimentar, encaradas com um crescente interesse público, a Esquizofrenia permanece com uma imagem pública negativa associada aos mitos e à visibilidade muitas vezes distorcida pelos *media* (Schulze et al., 2003). Também os sintomas, que numa psicose surgem mais fora da norma e portanto mais difíceis de compreender por aqueles que rodeiam a pessoa doente, podem causar sentimentos de estranheza, desconforto, bem como o estigma, a exclusão e a discriminação social da pessoa doente e daqueles que a rodeiam (Leff & Warner, 2006; Thornicroft et

al., 2007). De facto, as reacções negativas do público em geral são despoletadas por sintomas psicóticos tais como o isolamento e respectivos défices na interacção social, a desorganização de comportamento e a perda de contacto com a realidade no qual as alterações da percepção e do pensamento traduzem para o público em geral a falta de auto-controle. Para os familiares e amigos próximos estes padrões emocionais e de comportamento podem causar grande tensão, enquanto no público em geral provocam distanciamento social (Hinshaw, 2007).

Curiosamente, o distanciamento e a rejeição social relacionados com a Esquizofrenia são pautados por um lado, pela imposição de medidas restritivas às pessoas com doença (Lauber et al., 2000) mas por outro, pelos avanços terapêuticos que nas últimas três décadas têm contribuído significativamente para a promoção da qualidade de vida e da integração social dos que padecem da doença e dos que lhe são mais próximos. Contudo, devido ao estigma associado à Esquizofrenia, os tratamentos eficazes nem sempre são equacionados e a integração social é seriamente comprometida pelos estereótipos negativos e pelo medo do público em geral. Apesar de algumas pessoas com alguns sintomas, numa atitude resiliente, procurarem a vida autónoma, os sintomas comportamentais da doença mental, tal como a higiene pouco cuidada, os solilóquios, ou as competências sociais deficitárias, desencorajam senhorios e empregadores (Linhorst, 2006).

Em suma, o estigma da Doença Mental Grave, como a Esquizofrenia, é um problema de justiça social mas também de desconhecimento e tentamos seguidamente compreender porquê, analisando as origens do entendimento das sociedades sobre a doença mental, as formas encontradas para lidar com ela e as suas implicações nas oportunidades de recuperação, participação e inclusão social.

2. Evolução histórica do Estigma e da Doença Mental

O estigma esteve presente ao longo dos séculos até à actualidade, influenciando os tipos de entendimento e tratamentos disponibilizados no que diz respeito à doença mental, ou noutra perspectiva, resultando precisamente do conhecimento existente acerca deste fenómeno e na forma de nele intervir. Assim de seguida, iremos conhecer como é que o estigma público se tem manifestado ao longo dos tempos, na sua relação intrínseca e histórica com a forma como a doença mental tem vindo a ser percepcionada e compreendida. Veremos também como é que as diferentes sociedades, sobretudo ocidentais, têm vindo a responder a este fenómeno, fortemente influenciadas pelas crenças existentes, mas também pela investigação crescente em torno deste tema. No final deste segundo ponto faremos uma referência ao estigma nos familiares das pessoas com experiência de doença mental, também eles centrais para a compreensão deste fenómeno.

Começando pela Antiguidade, analisado em função dos valores mais prevalentes na época, podemos constatar que este é um período rico em conceptualizações e práticas fortemente potenciadoras de estigma. Segundo vários autores a origem da palavra estigma remonta precisamente à Antiga Grécia, onde o termo era utilizado para referir uma cicatriz ou marca no corpo, por corte ou queimadura. Estas eram feitas para identificar pessoas com um estatuto social e moral inferior, tais como escravos, criminosos ou outras pessoas indesejáveis e desonradas (Arboleda-Flórez, 2008; Goffman, 1963; Wahl, 1999). Embora os gregos não utilizassem o termo estigma em relação à loucura, as atitudes estigmatizantes nessa época já eram aparentes, no sentido em que a loucura era associada à vergonha, ao desprestígio e à humilhação (Simon, 1992).

Na Antiga Grécia, Homero (9-8 a.C.) explicava os actos e os comportamentos das pessoas destituídas de razão como atribuição da ordenação divina, ao desresponsabilizar o indivíduo das consequências dos seus actos, pois este estaria possuído pelos deuses. Assim, o acometido não era considerado doente, sendo propostos rituais e oferendas para acalmar a ira

divina (Tílio, 2007). A Eurípides (458-406 a.C.), poeta trágico grego, é atribuída a responsabilidade, não pela proposição de uma nova visão sobre a doença mental, mas pela inclusão do elemento psicológico humano na sua dinâmica. Ao escrever as suas tragédias gregas clássicas, Eurípides colocava o homem no centro da representação, deixando os deuses para um segundo plano. Os seus protagonistas, sempre atemorizados por sentimentos intensos e dolorosos, eram provocados pelas suas paixões e cometiam actos considerados desadequados em relação às normas sociais, como se pode observar na tragédia grega *Medeia*. Aqui Eurípides confere a *Medeia* o carácter louco, em que esta é afligida pelo conflito interno e por sentimentos de angústia e humilhação. Esta figura, das mais impressionantes da dramaturgia universal, acaba assim por matar os seus próprios filhos (Lansky, 2005; Pessotti, 1994).

Tal como em muitos outros aspectos da cultura e do pensamento humano, na Era Dourada de Atenas surge uma mudança nas concepções relacionadas com a doença mental, graças a Hipócrates (460-377 a.C.) e ao seu enfoque organicista da loucura. A atribuição da responsabilidade deixa de ser dada ao ordenamento divino, mas sim ao funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio dos seus elementos essenciais com o ambiente, os quatro humores: *sangue*, *fleuma*, *bile negra* e *bile amarela*. As práticas de cura e a concepção de saúde física e mental voltavam-se para o restabelecimento do equilíbrio dos humores com o meio externo, através de uma alimentação adequada, da prática de música, dos banhos termais, das actividades físicas, da regulação do sono e da limpeza do organismo através de sangria, purgativos, eméticos e clisteres (Hinshaw, 2007; Pessotti, 1996; Rezende, 2009). Galeno (131-200 a.C.) segue a tradição hipocrática e com o prestígio da sua autoridade revitalizou a doutrina humoral. Conforme o predomínio de um dos quatro humores, ressaltou a importância dos quatro temperamentos: *sanguíneo*, *fleumático*, *colérico* e *melancólico*. Transfere-se, desse modo, para o comportamento humano, a noção de equilíbrio e harmonia dos humores. Galeno define assim a loucura como uma manifestação mental de causas orgânicas e fisiológicas e realiza uma classificação sistemática de quadros sintomáticos como as manias e as melancolias (Pessotti, 1996;

Rezende, 2009; Tilio, 2007). Desta forma, no final desta época, o sobrenatural é excluído do horizonte e a dimensão mental passa a ser considerada uma extensão das condições físicas (Alves, 2008). O Estigma, esse, continua inalterável e a perpetuar.

Na Idade Média, a partir do século XV, verifica-se uma nova mudança no entendimento da doença mental e na sua relação com a materialização do estigma. Assentando a ordem do Ocidente Medieval na igreja e na religião, a doença e tudo o que é anormal e não se manifesta por sinais evidentes, como a febre e a caquexia, são agora encarados como pertencentes ao mal e ao pecado e a influências do diabo (Pélicier, 1971). A loucura é equiparada à possessão demoníaca sendo que, até depois da metade do século XVIII, as terapêuticas instituídas pelo clero consistiam em ritos de preces, procissões a lugares santos, exorcismos, auto-flagelação e torturas variadas. As práticas de cura eram assim reservadas a uma esfera de fé, crença, mas também de uma profunda exclusão social, pois os indivíduos rejeitados pelas próprias famílias viviam nas ruas e percorriam as cidades sem destino, sendo considerados como “os *intocáveis*” (Stein & Cutler, 2002. p.38). Os que ficavam em casa permaneciam presos e escondidos da sociedade, a maioria em condições desumanas, acorrentados ou amarrados em estábulos, em quartos sem luz ou aquecimento (Shorter, 2001). Foucault (2000) definiu assim a concepção básica deste período histórico conturbado como “mágico-religiosa”. Por um lado os “tolos” e os “loucos” eram abençoados e até venerados, considerados como sendo possuídos por uma loucura boa. Por outro lado, esta luta entre o bem e o mal também se reflectia na crença de que a loucura era resultado do controlo da alma pelo demónio, difundida por bruxas e heréticos (Alves, 2008; Marques, 2007).

A conceptualização à época da loucura e as formas de exclusão e estigmatização adoptadas, envoltas nesta concepção “mágica-religiosa”, foram singularmente retratadas no célebre livro *Malleus Maleficarum*, que publicado em 1486, é ainda hoje considerado uma representação emblemática das atitudes negativas e condenáveis perante o louco. Este livro, escrito por dois

clérigos dominicanos, continha as características que identificavam os indivíduos com bruxarias, nomeadamente a sua associação à causa da loucura. Um aspecto essencial à acusação e detecção dos bruxos eram os *estigmas*³: porções minúsculas de pele, semelhantes às marcas da crucificação no corpo de Cristo, que nos séculos XV, XVI e XVII significavam que o diabo tinha possuído o corpo e a alma dos acusados (Hinshaw, 2007). A teoria das bruxarias originava assim cerimónias públicas, nas quais muitos indivíduos com doença mental foram queimados vivos (Arboleda-Flórez, 2003; Hinshaw, 2007; Stein & Cutler, 2002). Desta forma, em 1884 (p. IX), António Maria de Sena, por muitos considerado o primeiro grande psiquiatra português, escreve “a concepção errónea, que fazia dos alienados indivíduos influídos e dados a espíritos diabólicos continuou fazendo vítimas aos milhares até ao coração do século XVIII (...) A fogueira era a droga para os plebeus mais endiabrados. Nos povos catholicos d’essa idade, profundamente tomados por taes doutrinas, a hecatombe foi tremenda. Em poucos anos só no eleitorado de Treves foram queimados 6:500 individuos como mágicos e bruxos, isto é provavelmente maníacos”. Nestes comportamentos, segundo Arboleda-Flórez (2003, 2008), poderá estar a origem das atitudes estigmatizantes adoptadas em relação às pessoas com doença mental nas culturas cristãs, desde a ascensão do racionalismo no século XVII até à actualidade.

O século XVII foi, segundo Foucault (2000), caracterizado pela exacerbação do racionalismo científico. A loucura volta a centrar-se no indivíduo e na sua perda de razão, de vontade e no desajuste moral, cuja cura deveria ser a estabilização através de uma forma social e moralmente aceite: a criação de grandes asilos. Porém estas instituições inicialmente concebidas para recolher alojar, isolar, alimentar e abrigar as pessoas com doença mental, acabaram também por ser locais destinados a todos os que não se adequassem às normas sociais. O que começou por ser um refúgio, rapidamente se transformou em prisão, a qual Luis Vives já no século XVI descrevia como *exclusão social institucionalizada* (Vives, 1526, cit. in Arboleda-Flórez, 2008). De facto, Foucault (1988) sublinha que em França, as *lettres de*

³ Também encontrado na literatura como *Stigmata*s.

*cachet*⁴ contidas na Lei dos Alienados de 1838 conferiam a autoridade aos guardiões do hospital para confinar mendigos, vagabundos, criminosos, desempregados crónicos, políticos rebeldes, hereges, prostitutas, sífilíticos, alcoólicos, loucos e idiotas.

Neste enquadramento, os asilos tinham apenas a função de guarda, já que a sociedade não considerava os cuidados terapêuticos que poderiam ser prestados aos doentes. Os doentes mentais internados em asilos e hospícios viviam em condições de profunda discriminação e promiscuidade, sendo mal alimentados e submetidos aos maus-tratos e à violência, com contenção física de algemas e correntes. Habitualmente não havia luz nem aquecimento, mas sim fracas condições ao nível da alimentação, vestuário, camas ou sanitários (Fonseca, 1997; Shorter, 2001). Foucault (1965, p. 68) relata que os loucos eram obrigados a trabalhar porque a preguiça era vista como um elemento destrutivo e uma ameaça à sociedade. O asilo tinha a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando a segregação social e não a cura. Serviam também como divertimento à população que os visitava com esse propósito “*lam ver o guarda a exhibir o homem louco, tal como um treinador (...) mostra o macaco com as suas habilidades*”.

Todos estes comportamentos promotores e ilustradores de atitudes estigmatizantes foram desafiados por Philippe Pinel (1745-1826) no Asilo de Bicêtre em França e William Tuke (1732-1822) no York Retreat em Inglaterra, os quais se tornaram aclamados internacionalmente por introduzirem na Europa o tratamento moral no início do século XIX. Para Pinel os loucos deveriam ser tratados e não agredidos, deveriam ser reeducados e posteriormente reinseridos na comunidade quando curados. Pinel, ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, libertou publicamente os loucos das correntes de *La Salpêtrière*, propondo uma nova lógica para a tutela: o tratamento moral e educativo (Tilio, 2007). A imposição da ordem era considerada imperativa para o tratamento da doença mental e o isolamento era

⁴ *Lettres de cachet* eram cartas assinadas pelo rei da França, endossadas por um dos seus ministros, e lacradas com o selo real. Elas continham ordens directas do rei, muitas vezes para impor acções e sentenças arbitrárias que não podiam ser apeladas.

necessário para a recuperação e socialização do doente, que não era mais considerado criminoso, havendo sim, segundo Marineau, (1989, p. 64) “ *muito para compreender sobre o seu mundo interior*”. Inaugura-se aqui a psiquiatria moderna, sendo considerada por Anthony e colaboradores (2002) a era do tratamento moral, o primeiro dos sete marcos históricos mais relevantes para a reabilitação psiquiátrica.

Os séculos XVIII e XIX presenciaram a medicalização da doença mental, sendo esta agora entendida como uma lesão orgânica descrita através do modelo organogenético inspirado nos trabalhos de Morel sobre a degenerescência. Nesta perspectiva, o louco não seria aquele que se comporta mal, de maneira anormal, mas sim um organismo que funciona mal, que produz atitudes imprevisíveis (Gondim, 2001). Ou seja, esse organismo não guarda algo racional que possa ser resgatado com auxílio da pedagogia e do tratamento moral. Desta forma é enfatizada ainda mais a sua imprevisibilidade, um dos mitos ainda vigentes na actualidade e gerador de estigma.

Entretanto na Europa e nos EUA verifica-se que o sucesso dos asilos, devido à sua boa reputação, originava a admissão de cada vez mais pacientes e o conseqüente declínio progressivo do tratamento moral. Alguns deles com espaços limitados comportavam mais de dois mil pacientes, o que os fez tornar a antítese do contexto humanista, necessário à aplicação dos princípios do tratamento moral. Muitos asilos foram confrontados com a impossibilidade de contratar profissionais em número e qualidade suficientes para lidar com pacientes agitados sem terem de recorrer a medidas de contenção (Shorter, 2001; Tilio, 2007). Os asilos eram assim locais cujo funcionamento satisfatório dependia da submissão dos pacientes à autoridade, com o mínimo de resistência. Eram utilizados vários métodos para lidar com aqueles que não se submetiam às regras, como as portas fechadas, as várias formas de contenção mecânica, a segregação dos sexos, a forte sedação e o sono prolongado, que eram administrados como tratamento, mas também podiam ser percebidos ou utilizados como punição. Porém, esta mesma autoridade era também considerada benévola, já que o hospital fornecia segurança e ia ao encontro das necessidades médicas dos pacientes, promovendo-se assim, cada vez mais, a institucionalização (Stein & Cutler, 2002; Hinshaw, 2007).

Sobre esta reclusão institucional, Goffman (1963) no seu inspirador livro *“Estigma, Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”*, referia-se de forma crítica à existência de uma clara divisão entre o grupo que controla (técnicos especializados) e o controlado (doentes internados) causando a submissão, a violação da correspondência pessoal, o enquadramento forçado em actividades colectivas (horários para o banho, alimentação, acesso aos quartos e actividades), os cortes de cabelo forçados, a medicação excessiva e a utilização de celas como punições. Estas práticas institucionais, inauguradas nos asilos cujas memórias ainda estão bem presentes, atentavam aos direitos humanos das pessoas com doença mental institucionalizadas e provocavam paulatinamente a mortificação, a despersonalização e a perda da sua identidade, dificultando a sua reinserção social (Basaglia, 1985). Outro fenómeno propício ao desenvolvimento da perda de identidade era a decisão da institucionalização das pessoas com doença mental longe da sua comunidade de origem. Apesar de originalmente poder ser bem-intencionada, com o passar do tempo, promovia o desenraizamento sócio-cultural e a falta de interacção com familiares e amigos (OMS, 2002; Thornicroft, 2009). Fica assim patente que nesta época em que à loucura foi conferida o estatuto de doença (não no sentido actual do conceito) a institucionalização generalizada, assumindo diferentes formas e enquadramentos, é a principal resposta social encontrada, ainda que altamente estigmatizante e segregadora.

Do ponto de vista sistémico, o modelo institucional também contribuiu para banir a psiquiatria da medicina em geral. A ineficácia terapêutica permitiu que o trabalho da psiquiatria durante décadas, apenas contribuísse para a mentalidade asilar, para o mito da incurabilidade e consequentemente para o estigma das pessoas com doença mental e seus cuidadores (Arboleda-Flórez, 2003). Entretanto, no século XX, Eugen Bleuler (1857-1939) e Carl-Gustav Jung (1855-1961), baseados na Psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939), lançaram o movimento psicanalítico que, com as teorias psicodinâmicas, provocaram uma ruptura nas teorias organicistas e colocaram a descoberto as suas fraquezas. A doença mental deixa assim de ser apenas o resultado de malformações genéticas ou orgânicas e passa a ser um estado de perturbações afectivas ligado à história de cada indivíduo. Segundo Alves

(2008, p. 37) “*Freud transformou a concepção da loucura (...) que circula agora livremente na sociedade, já que as pessoas normais podem em algum momento da sua vida desenvolver uma doença mental*”.

Entretanto o final da II Guerra Mundial gera uma série de mudanças no cenário político, económico e social no mundo e os países afectados pelos danos necessitaram de se debruçar num árduo projecto de reconstrução nacional. Uma nova reforma da psiquiatria era imperativa e é então dado novo ênfase aos factores sociais, o que implica uma redefinição de papéis nas estruturas hospitalares e comunitárias. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), durante a segunda metade do século XX verificou-se uma mudança no paradigma dos cuidados em saúde mental devida, em grande parte, a três factores independentes. O primeiro foi o progresso significativo da psicofarmacologia com a descoberta de psicofármacos (neurolépticos e antidepressivos), cada vez mais eficazes, bem como o desenvolvimento de novas abordagens de intervenção psicossocial. O segundo foi o aparecimento do fenómeno da defesa dos direitos humanos, graças à recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU); e o terceiro foi a inclusão do elemento mental no conceito de saúde⁵ definido pela também recém criada OMS. Juntas, estas ocorrências estimularam o abandono dos cuidados nas grandes instituições carcerárias em favor de uma atenção menos estigmatizante, mais aberta e flexível na comunidade (OMS, 2002).

Desta forma, desenvolve-se a Psiquiatria Social através de novas práticas de saúde mental como a Psiquiatria Preventiva (Caplan, 1964), a Psicoterapia Institucional (Tosquelles, 1984), as Comunidades Terapêuticas (Jones, 1959), a Psiquiatria de Sector, o Movimento de Higiene Mental e as Terapias Grupais como o Psicodrama, a Terapia Psicanalítica de Grupo, a Grupanálise, a Abordagem Centrada na Pessoa, a Gestalt-Terapia e a Terapia Familiar (Gondim, 2001; Marques, 2007). Nos EUA, dois movimentos destacam-se na difusão da abordagem grupal: Beacon, com o World Center of Psychodrama dirigido por Moreno, e Bethel com o National Training Laboratory liderado por Kurt Lewin. Fonseca (2000) relaciona este período de apogeu da

⁵ Segundo as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), a saúde seria um estado de bem-estar físico, mental e social para além da ausência da doença.

dinâmica e psicoterapia de grupo com a cultura hippie e as suas propostas de vida comunitária. Destaca-se aqui também o Movimento de Higiene Mental⁶, que surge primeiro nos EUA e depois na Europa, e que vai promover a criação da prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais e o lançamento das bases da Psiquiatria Comunitária (Alves, 2008; Marques, 2007). Segundo Tilio (2007) estas práticas tentaram promover que o tratamento da doença mental acontecesse o mais próximo possível do ambiente social, não apenas centrado no médico, mas sim com a participação de equipas multidisciplinares, de familiares e da rede social. Promoveu-se assim a horizontalização das relações entre os doentes e seus cuidadores. Segundo Fernandes da Fonseca (1997, p. 88) *“a modalidade assistencial do tipo asilar pôde então evoluir para iniciativas mais dinâmicas e com objectivos mais sociais, conduzindo a um êxito por vezes espectacular na recuperação e ressocialização dos doentes”*.

Nas décadas de 1960 e 1970, para além de emergirem as perspectivas biológicas e genéticas da doença mental, os cuidados de saúde mental são fortemente influenciados pela Psiquiatria de Sector de origem francesa e pela Psiquiatria Comunitária e Preventiva americana, cujas propostas de reforma visaram extrapolar o ambiente hospitalar, tendo em vista a promoção da saúde mental e o aumento da rede assistencial comunitária⁷. Segundo Desviat (1999), o hospital psiquiátrico não é mais do que um centro de referência do sistema de saúde que pretende a gradual *desospitalização*⁸ dos doentes residentes, a redução dos internamentos, bem como a instalação da tríade prevenção/ tratamento/ reabilitação.

⁶ Segundo Desviat (1999) este movimento foi impulsionado pela publicação em 1908 do livro *“A Mente que encontrou em si mesma”*, escrito por um ex doente psiquiátrico, Clifford W. Beers. Neste texto, que comoveu a opinião pública, o autor denunciou a precariedade do atendimento prestado pelos hospitais psiquiátricos e defendeu a *“passagem do atendimento individualizado por prazo determinado para um atendimento dirigido a toda a comunidade e por prazo indefinido, identificando os objectivos da psiquiatria com os da saúde pública”* (Desviat, 1999, p. 57).

⁷ Segundo a OMS (2002) o mais antigo programa comunitário de saúde mental no mundo ocidental reporta-se à pequena cidade belga de Gheel. Desde o século XIII, as pessoas com doença mental grave são acolhidas pela Igreja de Santa Dymphna ou por famílias adoptivas da cidade. Actualmente cerca de 500 doentes são cuidados por famílias, metade dos quais têm empregos em oficinas protegidas.

⁸ Desospitalização, segundo Tilio (2007), refere-se a proibir ou diminuir o acesso de pessoas com perturbações mentais ao internamento em hospitais psiquiátricos.

De facto, as políticas de desinstitucionalização deram um forte impulso na reabilitação psicossocial dos doentes com perturbações mentais graves na maioria dos países ocidentais, o que por um lado gerou a criação de estruturas comunitárias de suporte, mas por outro também contribuiu para a manifestação de novas formas de estigma (Anthony et al., 2002; Tilio, 2007; Weeghel & Kroon, 2004). É um facto que a comunidade tem um importante papel na inclusão social das pessoas com doença mental, já que é nela que os indivíduos exercem a sua actividade profissional, habitam, frequentam o ensino, desenvolvem a sua participação social e o seu lazer, bem como acedem aos recursos comunitários existentes (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007). Contudo, a desinstitucionalização, inicialmente rodeada de optimismo, deu lugar à dura realidade da inexistência de estruturas comunitárias suficientes para providenciar a formação profissional, o treino de competências sociais, o treino de competências para gestão da doença e a habitação e o emprego apoiado (Hinshaw, 2007). Também promoveu novas manifestações de estigma público dirigido às pessoas com Doença Mental Grave, já que com a consequente maior visibilidade na comunidade, o medo e a hostilidade do público em geral aumentaram (Linhorst, 2006). Nesta altura de profundas mudanças sociais, todos estes movimentos deram origem a concepções extremistas como a antipsiquiatria inglesa que se mostrava contra o modelo médico da doença mental e negava completamente a eficácia e validade da psiquiatria, bem como a existência da doença mental: *“se a antipsiquiatria pecou pelo excesso de romantismo, no qual o enlouquecer ganhava contornos de autodesenvolvimento e a dinâmica sóciofamiliar era, supostamente, a causadora da loucura (...) por outro lado, ela – a antipsiquiatria – contribuiu para humanizar os hospitais psiquiátricos, ajudou a diminuir o preconceito em relação ao doente mental e abriu as portas para a psicoterapia familiar”* (Fonseca, 2000, p.198).

Surgem então também outras correntes menos radicais, mas igualmente marcantes, como a Psiquiatria Democrática italiana de orientação basagliana. Marques (2007) destaca como principais impulsionadores da antipsiquiatria, na Inglaterra Laing, Cooper e Esterson, na Itália Basaglia e nos EUA Szasz. Também Foucault, que descreveu as raízes sociais e políticas europeias no

histórico crescimento dos asilos para as pessoas com doença mental, e Goffman, que questionou o estatuto ontológico da doença mental e reclamou que o conceito de doença mental, mais do que uma categoria médica, é moral e social, são apontados como precursores do movimento crítico da antipsiquiatria, graças ao seu posicionamento sobre a função social da psiquiatria na nossa sociedade (Alves, 2008).

Entretanto, a precisão e a validade da classificação das doenças mentais era posta em causa. Em 1970 surge o movimento “*neo-Krapeliano*”, que invocava o nome do notável psiquiatra alemão que no início do século introduziu a classificação psiquiátrica. Este movimento deu origem ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM-III, 1980), com o qual as anteriores vagas descrições psicopatológicas puderam ser substituídas por listas precisas de sintomas, sua duração, incapacidade consequente e estratégias de decisão necessárias ao processo de diagnóstico. Desta forma a validade do diagnóstico psiquiátrico cresceu substancialmente, colocando em descrédito uma das maiores críticas levantadas pelos defensores da antipsiquiatria. Nessa época a investigação era tradicionalmente desenvolvida pelas ciências médicas e sociais em torno do tratamento da doença mental, em especial da Esquizofrenia. Centrava-se essencialmente na redução dos sintomas, dos reinternamentos e da mortalidade. Goffman destaca-se mais uma vez ao colocar o estigma da doença mental na linha da frente da investigação (Brohan et al., 2010a; Goffman, 1963; Pescosolido et al., 2008).

Chegada a década de 1980 assiste-se à transição entre a Era da Desinstitucionalização e a Era da Reabilitação. A necessidade de inserir na comunidade as pessoas que há muitos anos residiam nos hospitais psiquiátricos veio promover o desenvolvimento de programas de reabilitação psiquiátrica, baseados no inovador paradigma de recuperação. Com o passar dos anos, estes programas, segundo Marques (2007), deixaram de ser implementados apenas como resposta à desinstitucionalização, para passarem a ser enquadrados numa abordagem multidimensional, englobando aspectos pessoais, sociais e ambientais do indivíduo. Novos modelos de serviços de saúde mental foram então desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, criados e avaliados em vários países. De facto, quando

comparados com os serviços tradicionais de base hospitalar, os serviços comunitários mostram-se habitualmente mais eficazes e largamente preferidos pelos utentes e familiares (Bond et al., 2001; Goldberg et al., 1985; Leff, 1996).

É assim grande a tónica na *recuperação* da Doença Mental Grave. Porém, neste movimento comunitário, verifica-se que a população, perante o contacto mais próximo com a doença mental, reage e responde aos sinais de incapacidade psiquiátrica dos indivíduos, muitas vezes através de atitudes estigmatizantes. Com o estímulo de organizações internacionais como a ONU e a OMS e com o aumento da investigação em torno do estigma público e da recuperação, os programas de reabilitação psiquiátrica começaram nesta altura também a englobar a temática do estigma e os serviços de saúde mental tiveram a oportunidade e a missão de se organizarem de uma forma capaz de evitar o preconceito, o isolamento e a discriminação (Hocking, 2003; OMS, 2002).

Em 1990 um dos primeiros princípios proclamados pela ONU relativamente à saúde, referia-se precisamente à não discriminação das pessoas com doenças mentais. Uma década depois, o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* da OMS vem renovar a ênfase deste princípio, ao enunciar as políticas necessárias para o fim do estigma e da discriminação, sendo que nesse ano, o Dia Mundial da Saúde tem como tema “*Cuidar sim. Excluir não*”. Segundo Brundtland⁹ (2001, cit. in OMS, 2002, p. vii) “*como principal instituição mundial de saúde pública, a OMS tem uma e apenas uma opção: assegurar que a nossa geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a dianteira sobre a ciência e a razão*”.

Em 2005, com a assinatura da Declaração de Helsínquia entre todos os países da Comunidade Europeia, a OMS e o Conselho da Europa, observa-se que a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental constituíram-se prioridades assumidas para a definição de planos de acção na saúde. A saúde mental é assim considerada um direito humano, fundamental para a obtenção de qualidade de vida, de bem-estar e de produtividade das populações e nações, possibilitando aos cidadãos experienciarem a vida de

⁹ Gro Harlem Brundtland foi Directora Geral da Saúde da OMS em 2001.

forma activa e criativa. O Plano de Acção, traçado juntamente com a assinatura da Declaração de Helsínquia, indica o estigma como um dos aspectos emergentes a ser prioritariamente trabalhado, já que compromete o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde mental. É mais uma vez apontado como a principal causa de discriminação e exclusão, porque afecta a auto-estima das pessoas, contribui para a disfunção familiar e limita a socialização e a obtenção de habitação e emprego, podendo criar barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação (OMS, 2005b, 2008).

De facto, o século XXI trouxe uma tónica assentuada da importância do combate ao estigma para as novas políticas de saúde mental mundiais. A procura consciente numa direcção diametralmente oposta às atitudes já descritas e observadas em séculos anteriores, terá já produzido resultados e impactos observáveis na representação da doença mental nas populações e sociedades ocidentais? No próximo ponto vamos tentar dar resposta a esta pergunta, organizando algum do conhecimento produzido nos últimos tempos sobre o estigma público e o estigma por associação.

3. Diferentes formas de Estigma e respectivas Estratégias de Intervenção

Segundo Corrigan (1998), autor responsável pela introdução na literatura científica dos conceitos de estigma público e auto-estigma, o estigma público refere-se à reacção negativa, depreciativa e discriminativa da população em geral relativamente às pessoas com doença mental (Corrigan et al., 2008). As opiniões do público em geral em relação às causas, tratamentos e consequências psicossociais da Doença Mental Grave (nos quais destacamos os vizinhos, os empregadores, os senhorios, os membros dos sistemas de justiça, os legisladores e os decisores políticos), influenciam a sua prevenção, detecção, prognóstico e potencial de recuperação. Também as famílias, os

técnicos de saúde mental e os meios de comunicação social têm um papel fundamental em todo este processo. A forte imagem negativa da psiquiatria e da doença mental que ainda hoje perdura bem como as crenças e os mitos incoerentes com o conhecimento actual acerca deste fenómeno, reflecte a grande e histórica instituição psiquiátrica com um carácter de detenção, portas fechadas e isolada da comunidade, tantas vezes difundida pelos *media*. Num inquérito representativo realizado por Angermeyer (2000) na Alemanha, país detentor de atitudes fortemente estigmatizantes, 50% dos participantes acreditava que os coletes de força ainda eram utilizados na actualidade. Ora, a investigação em torno do estigma, desenvolvida nos últimos 20 anos, teve e continua a ter um papel fundamental no entendimento da própria doença mental, bem como na definição de directrizes para uma intervenção anti-estigma objectiva e eficaz. De seguida iremos observar como é que este conhecimento científico ganhou consistência e evidência, no entendimento das diversas formas de estigma, terminando o ponto com uma análise pormenorizada das intervenções anti-estigma mais relevantes no contexto actual.

A investigação em torno do estigma público confirma o elevado grau de estigmatização e de representações acerca da doença e da pessoa com experiência de doença mental, desajustadas em função do conhecimento actual. De facto, uma das dificuldades encontradas no público organiza-se em torno da presunção que a doença mental é tão objectiva como a doença física. Um trabalho basilar e citado como fundamental para o aumento do conhecimento a este nível foi o de Shirley Star, que em 1950 criou uma série de vinhetas conhecidas como “*Star vignettes*”, nas quais descreveu padrões distintos de comportamentos relativos a várias doenças mentais: dois subtipos de Esquizofrenia, Depressão, Alcoolismo, Alterações de Comportamento e Perturbação de Ansiedade Grave. O objectivo do seu estudo foi perceber se as pessoas identificavam os padrões de comportamento como sendo relacionados com uma doença mental. Star observou que os 3.500 participantes do estudo foram extremamente reticentes em rotular qualquer das vinhetas como uma doença mental, à excepção daquela relativa à descrição florida de uma Esquizofrenia Paranóide. Estes resultados foram bem elucidativos da

necessidade de educação do público em geral, no que diz respeito a factos básicos sobre a doença mental (Star, 1955).

Mas o crucial reconhecimento científico e profissional da importância do estigma da saúde mental teve lugar em 1998, quando a prestigiada revista médica *Lancet* editou uma secção especial intitulada “*Stigma of Mental Illness*” no qual foram publicados vários artigos e comentários relacionados com as consequências do estigma na doença mental nos indivíduos, nas famílias e na sociedade na sua globalidade (Hinshaw, 2007). Entretanto, foram realizados ao longo dos anos vários estudos, em diferentes países, que apontam para o facto de que as pessoas com Doença Mental Grave lidam com níveis elevados de estigma na sociedade, sendo a Esquizofrenia um dos diagnósticos psiquiátricos mais estigmatizados pela população em geral (Angermeyer & Matschinger, 2003; Crisp et al., 2000; Griffiths et al., 2006; Link et al., 1999; Taskin et al., 2003). O conhecimento dos factores associados com o estigma público é muito importante para que o conceito de estigma seja melhor compreendido e para que sejam desenvolvidas, com eficácia, estratégias anti-estigma dirigidas à população. Nesse sentido, a investigação recente tem avaliado o papel de diversos factores na construção do estigma público, nomeadamente perante a Esquizofrenia, como: a familiaridade com a doença mental, os rótulos, as atribuições causais e as características sócio-demográficas. Estes estudos revelam que as pessoas que atribuem causas biológicas (como a doença do cérebro ou hereditariedade), e que atribuem rótulos à doença mental, apresentam mais reacções negativas (Angermeyer & Matschinger, 2003; Dietrich et al., 2004, 2006; Read et al., 2006). Por outro lado, aqueles que possuem experiência pessoal ou que estão em contacto com pessoas com doença mental apresentam atitudes mais positivas perante a Doença Mental Grave como a Esquizofrenia (Angermeyer et al., 2004; Angermeyer & Matschinger, 1996). De seguida vamos perceber melhor este fenómeno.

Corrigan e colaboradores (2003a), para um melhor entendimento sobre os fenómenos relacionados com o estigma por parte da sociedade em relação à pessoa com doença mental, desenvolveram um modelo sobre a relação entre as atribuições causais (controlabilidade e responsabilidade), a familiaridade com a doença mental, a perigosidade percebida, as respostas emocionais

(pena, raiva e medo) e os comportamentos de ajuda ou rejeição. Este modelo, “*Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness*”, foi baseado no “*Attribution Model of Helping Behaviour*” de Bernard Weiner (1980) que por sua vez desenvolveu os trabalhos de Heider (1958), o primeiro autor a propor uma teoria psicológica de atribuição. O conceito de atribuição, na perspectiva da psicologia social, representa a forma como os indivíduos explicam a causa dos fenómenos, o comportamento dos outros e o seu próprio comportamento. A teoria psicológica da atribuição refere que o ser humano procura sempre perceber e determinar o motivo pelo qual o sujeito manifesta determinados comportamentos, tentando atribuir-lhes uma ou mais causas. Segundo Heider (1958) o ser humano está continuamente e espontaneamente a elaborar inferências causais perante determinado evento. Estas inferências podem-se transformar em crenças ou expectativas e conduzir a um processo de predição da própria evolução do acontecimento que irá influenciar em grande medida o comportamento do sujeito. Existem dois sub-tipos de atribuições definidos por Heider: atribuições internas quando o comportamento do outro é percebido como sendo originado por factores como a personalidade, o carácter e a disposição; e atribuições externas quando se infere que o comportamento do indivíduo é consequência de um factor externo relacionado com a situação em que está envolvido.

Corrigan e colaboradores (2003a), com o seu modelo de atribuição, procuraram explicar como as pessoas agem perante os comportamentos das pessoas com doença mental. Definem três processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: o processo de atribuição (o indivíduo tende a fazer atribuições relativamente à causa, controlabilidade e responsabilidade de um determinado comportamento de outra pessoa), a percepção da perigosidade (componente fundamental na produção de atitudes e respostas comportamentais negativas) e os efeitos da familiaridade (o conhecimento e experiência adquiridos no contacto com a doença mental).

A aceitação das pessoas com doença mental na comunidade tem sido significativa e positivamente relacionada com a experiência prévia com a doença. Ou seja, a familiaridade (contacto directo) com a doença mental diminui os níveis de estigma, de evitamento social e de percepção da

perigosidade e imprevisibilidade (Angermeyer et al., 2004). Todavia, vários autores alertam para os efeitos do contacto indirecto com a doença mental, promovida pela exposição nos *media* (jornais, revistas, televisão, rádio, etc.), que raramente favorece a imagem das pessoas com doença mental e que frequentemente contribui para a sua exclusão social (Jorge-Monteiro & Madeira, 2007; Senra-Rivera et al., 2008). A análise dos materiais produzidos pelos meios de comunicação social identifica assim três imagens negativas retidas frequentemente pelo público: incompetentes, rebeldes e criminosos (Watson & Corrigan, 2005). Estas imagens encontram-se historicamente, na arte das sociedades ocidentais, reflectindo o louco rodeado do sentido de perda de controlo, desintegração e perigo (Alves, 2008).

Quando questionamos qual o actual nível de associação entre a doença mental e a violência encontramos uma revisão de Angermeyer (2000, cit. in Leff & Warner, 2006) a nove estudos epidemiológicos sobre a violência e a doença mental publicados desde 1990, em que se encontra uma moderada mas significativa relação atribuída entre a Esquizofrenia e a violência. Porém o maior risco de violência foi associado ao abuso de substâncias e à Perturbação da Personalidade Anti-Social. Hinshaw (2007), no seu livro “*The mark of shame*” refere que existe uma pequena mas discernível conexão entre a doença mental e o comportamento violento, mas a grande maioria dos doentes não são violentos. Hinshaw afirma que a associação existente apenas se refere a alguns tipos de doença mental nomeadamente as perturbações psicóticas, ao sexo masculino e às pessoas se encontrarem em crise aguda da doença com sintomas positivos exacerbados, já que a não adesão ao tratamento é um forte predictor do aumento da tendência para o comportamento violento. Também o abuso de drogas e álcool pode intensificar o risco, pois a associação entre o consumo de substâncias de abuso e a violência é maior do que a conexão entre a Doença Mental Grave e a violência. Mais uma vez é curioso verificar que as pessoas com doença mental têm tendências muito mais fortes para serem vítimas de crimes de violência do que para serem os seus causadores.

Para além da perigosidade (Angermeyer & Dietrich, 2006; Angermeyer et al., 2004; Corrigan et al., 2004a; Marie & Miles, 2008; Phelan et al., 2000; Read et al., 2006; Rüsch et al., 2005), os estereótipos e preconceitos mais

comuns no público em geral em relação às pessoas com doença mental são: a falta de capacidades (Baldwin & Marcus, 2011; Corrigan & Wassel, 2008; Wirth & Bodenhausen, 2009), a irresponsabilidade (Corrigan et al., 2003a; Scott & Wilson, 2011), a imprevisibilidade (Mehta et al., 2009; Read et al., 2006; Schnittker, 2008), a responsabilidade pela doença (Corrigan et al., 2007; Feldman & Crandall, 2007; Hinshaw, 2007; Rüsch et al., 2010) e a improbabilidade de recuperação (Bonney & Stickley, 2008). A propósito destas conceptualizações erradas mas persistentes relativas à pessoa com doença mental, Corrigan e Watson (2002a, p. 17) citam os resultados de duas análises factoriais independentes cujas respostas, apuradas num inquérito aplicado a 2.000 pessoas de nacionalidade inglesa e norte-americana, denotam que estavam bem presentes: o medo e a exclusão “*as pessoas com doença mental grave devem ser temidas e por consequência mantidas fora das comunidades*”; o autoritarismo “*as pessoas com doença mental grave são irresponsáveis, portanto as decisões sobre a sua vida devem ser tomadas por outros*”; e a benevolência “*as pessoas com doença mental grave são como crianças e precisam de ser cuidadas*”.

Apesar de o fenómeno de estigma público não se limitar apenas à doença mental, a comunidade tende a desaprovar de forma mais veemente as pessoas com incapacidades psiquiátricas do que aquelas que padecem de doenças físicas. Fatalmente, a Doença Mental Grave é associada ao consumo de drogas, prostituição e criminalidade, remetendo-nos novamente ao século XVII e às atitudes que rodearam o crescimento dos asilos. Ao contrário da doença física, as pessoas com doença mental são percepcionadas como detentoras do controle e da causa da sua enfermidade e por isso a investigação encontra que nos estigmatizadores a pena não é um sentimento comum, mas sim a raiva e a crença que a ajuda não é merecida (Corrigan & Watson, 2002a). A pena apenas surge quando a causa da doença mental é atribuída a factores que a pessoa não é capaz de evitar como por exemplo os genéticos (Corrigan & Watson, 2004). Em relação à negação de ajuda por parte do público, a investigação dos últimos anos revela que o estigma existente compromete este comportamento, sendo a sua manifestação mais extrema o evitamento social, onde o público se esforça por não interagir por completo

com pessoas com doença mental. Um exemplo paradigmático é o General Social Survey (1996, cit. por Martin et al., 2000), onde se constatou que nos EUA mais de metade da amostra de 1.444 adultos não estavam dispostos a passar uma noite com uma pessoa com doença mental a socializar, trabalhar com ela ou ter um membro de família que casasse com alguém com experiência de doença mental. Curiosamente, no que diz respeito à procura de ajuda, Cooper e colaboradores (2003) num inquérito aplicado ao público em geral, constataram que as pessoas que culpavam os indivíduos pela sua doença mental e que não lhes prestavam ajuda, tinham menos probabilidade de procurar ajuda para si próprios nesta área médica. Leaf e colaboradores (1987) num outro estudo realizado com 3.000 pessoas sem doença mental que residiam numa comunidade, concluíram que aqueles que apoiavam atitudes negativas sobre a doença mental apresentavam um nível elevado de inibição em utilizar serviços de saúde mental caso precisassem.

O recurso aos serviços de saúde inclui o contacto com um grupo social que com alguma surpresa também é considerado um agente promotor de estigma: os profissionais de saúde mental. Segundo a *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007- 2016* (CNRSSM, 2007) os mitos e as atitudes estigmatizantes continuam a persistir entre os profissionais que contribuem para a prestação de cuidados directos dirigidos às pessoas com doença mental e suas famílias. O estudo desta temática junto dos variados profissionais de saúde mental tem vindo a ganhar relevância, sendo de especial importância pois são estes que ao contribuir para a promoção do auto-estigma influenciam o processo de tratamento e condicionam a recuperação da pessoa com doença mental (Barrantes, 2010; Boyd, 2008; Hinshaw & Stier, 2008; Nordt et al., 2006; Schulze, 2007; Jorm et al., 1999 e Kua et al., 2000, ambos cit. por Üçok, 2008). Mas o preconceito e a discriminação afectam também a família, os prestadores de cuidados e outros elementos próximos da pessoa que experiencia a doença como seguidamente veremos.

De facto, a vertente pública do estigma causa impacto num grupo de especial importância: as famílias, que experienciam o fenómeno através da sua associação à pessoa com a doença mental. Goffman (1963) designa este

fenómeno por estigma associativo ou por associação, que pretende reflectir a ideia que o preconceito e a discriminação afectam também a família, os prestadores de cuidados e outros elementos próximos da pessoa doente. A doença mental afecta indubitavelmente a dinâmica familiar que tem de se organizar no sentido de, por um lado, assegurar as tarefas e papéis do familiar doente, e por outro, de lhe dar a assistência necessária. Esta situação pode gerar fortes tensões, vividas muitas vezes com angústia e receio em relação ao futuro, conduzindo à adopção de atitudes que podem englobar o registo duplo, a rejeição, o proteccionismo, a indiferença e o conflito (Marques, 2005).

Nos primórdios da psiquiatria a família não acompanhava o seu familiar com doença mental e não participava no seu tratamento, mantendo-se alheia ao destino para ele escolhido e afastava-se da prestação de cuidados e do próprio envolvimento emocional com o seu familiar (Spadini et al., 2006). Actualmente, alguns anos após a implementação das políticas de desinstitucionalização, o número de pessoas com doença mental a residir com a família aumentou substancialmente e esta passa a ser incluída no processo de tratamento (Hasson-Ohayon et al., 2011). Assim, um grande número de famílias assume um papel de especial relevância nas vidas dos seus familiares com doença mental. Apesar de por vezes a doença ser guardada como um segredo no seio familiar, o que provoca um evitamento da interacção social de forma a evitar a exposição, também se verifica que muitas pessoas com experiência de Doença Mental Grave recebem suporte contínuo e apoio incondicional por parte da sua família (Arboleda-Flórez, 2008; Larson & Corrigan, 2008). A sua participação é desta forma considerada fundamental para o processo de recuperação da pessoa com doença mental bem como para a consequente qualidade de vida.

Todavia, são várias as consequências adversas para os familiares da pessoa com doença mental decorrentes do processo de cuidar. O *burden* do cuidador tem sido estudado extensivamente desde o início da década de 50 (Almeida et al., 2010; Cabral & Chaves, 2005; McFarlane, 2002; Schene et al., 1994, cit. por Veltman et al., 2002). Este processo contém dois componentes, um objectivo e outro subjectivo. O *burden* objectivo inclui limitações práticas na rotina nos domínios social, ocupacional e familiar, relacionados com a

qualidade de vida da família. O *burden* subjectivo inclui reacções psicológicas dos familiares como a ansiedade e a depressão. Estudos e revisões recentes identificaram factores que contribuem para o aumento ou diminuição do *burden* familiar. Alguns factores correlacionam-se com a doença mental do familiar, tais como o número de hospitalizações e a quantidade, o tipo e a severidade dos sintomas. Outros prendem-se com o ambiente familiar, o suporte social recebido pela família e a forma como a família lida e compreende a doença mental (Hasson-Ohayon et al., 2011).

Um aspecto essencial que caracteriza a capacidade de reacção e adaptação da família à doença mental do seu familiar doente é a procura das suas causas e do seu significado. O ser humano procura sempre perceber e determinar o motivo pelo qual os outros indivíduos manifestam um determinado comportamento, tentando atribuir uma ou mais causas ao referido comportamento: porque é que isto nos aconteceu? Qual é a causa deste problema? Alguém deve ser culpado? A teoria de atribuição de Corrigan e colaboradores (2003a) já anteriormente abordada explica este processo. Também a falta de conhecimentos, segundo Hinshaw (2007), é considerada uma das maiores inimigas das famílias. A ignorância promove o estigma através de três estereótipos a analisar: a culpa, a vergonha e a contaminação. Em relação à culpa, as atitudes do público em geral acusam a família de incompetência que deriva no aparecimento da doença mental ou na recaída da mesma. Tradicionalmente a culpa é também atribuída às competências parentais deficitárias que originam a doença mental na criança, sendo este um dos mitos cujas teorias biológicas e genéticas não conseguiram suplantar. No que se refere à vergonha, este estereótipo pode gerar nos familiares o comportamento de evitamento em contactar e conviver com amigos e vizinhos. Em relação ao estereótipo de contaminação, cuja crença varia com o grau de proximidade e associação com o familiar doente, quanto maior se apresenta mais diminui o valor do indivíduo (e.g. o filho de uma pessoa com doença mental que acha que foi contaminado pelo pai, não tem valor). O impacto geral destes três estereótipos gasta energia e recursos na família, quer para esconder o segredo, quer para evitar a discriminação no seu emprego e na comunidade. A família pode ser assim considerada um agente do processo de

estigmatização, já que devido à falta de informação adequada, de recursos e ao cansaço decorrente do processo de cuidar, pode contribuir para a exclusão social do familiar doente e desinvestir na sua recuperação (Larson & Corrigan, 2008; McFarlane, 2002). Porém, pode também ser detentora de auto-estigma, observando-se nos próprios membros da família uma diminuição da auto-estima e da auto-valorização (Hasson-Ohayon et al., 2011).

A família e a sua identidade são assim gravemente afectadas pelo estigma, cuja resposta, paralelamente à dada pelo familiar doente, inclui o isolamento, a diminuição do tamanho da sua rede social e consequente menor suporte emocional e qualidade de vida (McFarlane, 2002). Numa revisão Larson e Corrigan (2008) concluem que os serviços de saúde mental devem contemplar intervenções dirigidas aos familiares e ao ensino de estratégias para lidar com o estigma. Desta forma, o fornecimento de informação precisa sobre as doenças mentais é uma grande prioridade, devendo incluir factos relacionados com o papel do stress e das suas consequências ao longo da vida, a importância do suporte social, a capacidade da família em obter tratamentos eficazes e a necessidade vital que os membros da família devem preservar em velar pelo seu próprio bem-estar, tal como o fazem com o seu familiar (Hinshaw, 2007).

Tradicionalmente, os programas que têm como principal objectivo a diminuição do estigma e dos consequentes comportamentos discriminatórios, assumem como estratégias reduzir as atitudes e os comportamentos do público em geral ou daqueles que convivem de perto com as pessoas com a doença. Tais manifestações podem ser barreiras ao sucesso da prevenção, do tratamento e da reabilitação psicossocial da pessoa com experiência de doença mental. Pelas particularidades do programa criado, iremos de seguida referenciar as estratégias utilizadas na intervenção do estigma e que têm suscitado maior investigação e até mesmo contribuído para a definição de novas políticas sociais.

As estratégias consensualmente apontadas como promotoras de redução do estigma público são o protesto, a educação e o contacto. Estas estratégias foram inicialmente sugeridas por Corrigan e Penn (1999), que se

basearam na revisão da literatura existente sobre a mudança de atitudes intergrupais relacionadas com a raça e a etnia. Como de seguida poderemos perceber, nem todas apresentam o mesmo grau de eficácia, mas indubitavelmente as três estratégias implicam uma mudança de atitudes e de comportamentos discriminatórios na comunidade.

O **protesto**, considerada uma estratégia reactiva, surge perante a necessidade de se destacar a injustiça das atitudes estigmatizantes, constituindo um apelo à moral da população. Existem vários grupos que protestam contra as representações imprecisas e hostis da doença mental, de forma a desafiar o estigma gerado pelas mesmas. Todos esses esforços dirigem-se também aos *media* para que deixem de representar a doença mental de forma pouco fiel, e ao público em geral para que deixe de acreditar nas ideias negativas relacionadas com estas doenças (Hinshaw, 2007). No que diz respeito ao protesto junto dos *media*, um exemplo paradigmático citado por Watson e Corrigan (2005) e Hinshaw (2007) é o “*StigmaBusters*” da NAMI nos EUA. O “*StigmaBusters*” é um sistema de alerta por *mail* que notifica os seus membros sobre a ocorrência de representações estigmatizantes de pessoas com doença mental nos *media* e providencia informações sobre como contactar a organização estigmatizadora responsável e os seus patrocinadores. Tem produzido mudanças notáveis nomeadamente em canais televisivos, o que sugere que os protestos organizados podem ser ferramentas muito úteis de intervenção junto de agentes produtores de estigma como os meios de comunicação social. Thornicroft e colaboradores (2007) destacam também duas organizações no mesmo âmbito. A primeira é o “*Media Wise Trust*” do Reino Unido que desde 1993 é fundado por pessoas vítimas do abuso dos *media*, pretende promover a adesão a princípios éticos de conduta nos meios de comunicação social perante a doença mental e outras causas minoritárias. É suportado por jornalistas, juristas e legisladores. A outra referência é o programa “*Stigma Watch*” da organização australiana SANE que, com a ajuda de centenas de voluntários e o apoio governamental, monitoriza os *media* para assegurar representações precisas e respeitosas relativas à doença mental e ao suicídio. Publica anualmente um relatório no qual faz o balanço e o sumário das acções registadas como estigmatizantes relativamente aos problemas de

saúde mental. Arnaiz e Uriarte (2006) referem o movimento alemão “*Bavarian Anti-Stigma-Action*” (BASTA) que também recorrendo ao envio de mails, alerta rapidamente os seus membros sobre anúncios ou mensagens estigmatizantes nos meios de comunicação social.

Porém, as campanhas de protesto, segundo (Corrigan & Watson, 2002), apesar de tentarem diminuir as atitudes negativas da população, podem não promover a sua mudança. Segundo alguns autores, ao dizer-se às pessoas para não terem atitudes negativas para com a doença mental, elas podem sentir-se coagidas à mudança e reagir ainda com maior irritação, defendendo com mais energia o estereótipo alvo de protesto (Larson & Corrigan, 2008).

Assim, surge a estratégia da **educação** que é valorizada por promover informação para que o público possa tomar decisões mais consistentes e reais sobre a doença mental e optar pela mudança consciente de atitudes. A educação pretende desafiar os estereótipos sobre a doença mental e através de informação correcta, substituir cognitivamente os mitos existentes por factos reais. O objectivo desta estratégia não é formar especialistas em doença mental mas sim fornecer informações básicas e facilmente compreensíveis pelo público em geral. Para tal, podem ser utilizados vários materiais informativos como anúncios televisivos e escritos, livros, folhetos, filmes, bem como o recurso à internet, na qual os sites e as redes sociais têm um papel importante na disseminação rápida e em grande escala da informação. De acordo com Schulze (2008) na década de 1995 a 2005, a utilização global da internet cresceu de dezasseis milhões (0,4% da população mundial) para aproximadamente novecentos e setenta e dois milhões (15,2% da população). Alguns motores de busca como o *Google* e o *Yahoo* têm tornado a informação sobre a doença mental cada vez mais acessível num maior número de idiomas. Porém, a análise dos relatórios de vinte países participantes no “*World Psychiatric Association Global Programme to Fight the Stigma and Discrimination because of Schizophrenia*” concluiu que o aumento do conhecimento promovido pela internet não contribuiu por si só para uma melhoria das atitudes a este nível (Sartorius & Schulze, 2005, cit. por Schulze, 2008).

Um outro tipo de estratégia educativa que tem vindo a ser utilizada com grande impacto é a simulação de alucinações auditivas, com o objectivo de promover o entendimento e a empatia no público em geral para com a angústia sentida numa crise psicótica. A investigação indica que quanto maior é a compreensão da doença mental, menor é a tendência para concordar com o respectivo estigma e discriminação (Altindag et al., 2006; Link & Cullen, 1986; Corrigan et al., 2003b). Porém, o impacto e a durabilidade da melhoria dessas atitudes e comportamentos podem ser limitados (Corrigan et al., 2002; Hinshaw, 2007). As campanhas anti-estigma de cariz educativo surgem cada vez mais direccionadas às faixas etárias das crianças e jovens, com o objectivo de contrariar os estereótipos antes de estes surgirem. A investigação indica que é na adolescência que se formam as concepções explícitas relativas aos diferentes tipos de personalidade que são a base para a formação de estereótipos sobre os grupos. É também nesta fase da vida que o indivíduo se começa a preocupar com o seu bem-estar e a desenvolver a sua noção de identidade pessoal, deparando-se com algumas crises potencialmente desencadeadoras de problemas de saúde mental, tais como as tentativas de suicídio e o consumo de substâncias. Além disso, é nesta fase que algumas das doenças mentais iniciam o seu desenvolvimento, tais como a Esquizofrenia ou a perturbação obsessivo-compulsiva. Assume-se, assim, que entre os 14 e os 18 anos os temas relacionados com a doença mental têm maior relevância e as intervenções anti-estigma em meio escolar facilitam a discussão de temas relacionados com a doença mental com maior abertura, bem como aumentam o conhecimento e a tolerância para com as doenças mentais graves como a Esquizofrenia (Schulze et al., 2003). Estudos recentes realizados com estudantes (Altindag et al., 2006, Corrigan et al., 2001 & Mino et al., 2000, cit. por Barbosa, 2010) reforçam a importância da educação na diminuição da prevalência de atitudes estigmatizantes perante a doença mental.

Ao longo dos últimos vinte anos surgiram vários programas e campanhas com cariz educativo que se difundiram pelo mundo. O programa “*Changing Minds*” do *Royal College of Psychiatrists* em Londres, surgiu em 1997 dirigido a profissionais de saúde, crianças, jovens, empregadores, *media* e público em geral, com os objectivos primordiais de aumentar o conhecimento

sobre a doença mental e impedir o estigma e a discriminação. A organização australiana “*Beyondblue*”, independente e sem fins lucrativos, pretende aumentar na comunidade a consciência e o conhecimento relacionados com a depressão, a ansiedade e as perturbações relacionadas, de forma a prevenir e tratar convenientemente estas problemáticas e a diminuir o estigma associado. Outro exemplo de mobilização em torno da educação para a doença mental é o movimento “*Open the doors*” da *World Psychiatric Association* (WPA) que desde 1996 combate o estigma, o preconceito e a discriminação relativas à Esquizofrenia em mais de vinte países por todo o mundo. Um dos seus objectivos é aumentar a consciência e o conhecimento sobre as causas e tratamentos na Esquizofrenia, esclarecendo os mitos mais frequentes. Em Espanha, o mesmo programa é intitulado “*La Esquizofrenia Abre las Puertas*” e foi desenvolvido ao longo de seis anos, provando que é possível diminuir o estigma ao nível dos *media*. Desenvolveu várias iniciativas e materiais educativos dos quais se destacam os cursos intensivos dirigidos a jornalistas e o “*Guia útil para os meios de comunicação sobre a Esquizofrenia*” distribuído junto dos jornalistas espanhóis, fontes de informação criteriosamente seleccionada sobre como tratar correctamente os conteúdos relacionados com a doença (López-Ibor Jr. et al., 2008). Destaca-se, assim, a importância do trabalho educativo realizado directamente com os jornalistas para que as notícias publicadas se centrem em aspectos específicos e clarificadores sobre as doenças mentais, como as suas causas, tratamentos e estigma, em vez de se focarem em informações sensacionalistas e deturpadas em torno de comportamentos violentos ou criminosos. Os profissionais da comunicação social devem assim trabalhar em conjunto com os profissionais de saúde mental de forma a encontrarem o equilíbrio na cobertura jornalística.

No que diz respeito às famílias, McFarlane (2002) cita Anderson, Falloon e Leff como investigadores que repararam que a educação parece diminuir a culpa e a vergonha sentidas. Os modelos de psicoeducação familiar diferem no seu formato (multifamiliar ou com apenas uma família), duração de tratamento, participação ou não do familiar doente e localização. A investigação sugere que a eficácia desta abordagem aumenta se contemplar educação sobre a Doença Mental Grave, informação sobre recursos especialmente vocacionados para a

crise, treino de competências e orientação contínua sobre como lidar com a doença, estratégias para resolução de problemas, suporte social e suporte emocional (Dixon et al., 2001).

Mas onde podem obter as famílias este tipo de informação cuidada? Tradicionalmente, os programas educativos dirigidos às famílias foram desenvolvidos pelos próprios, já que estes sentiam que os profissionais de saúde não conseguiam transmitir as vivências e as estratégias que outros familiares conseguiam partilhar. Estas intervenções baseadas maioritariamente no modelo de auto-ajuda enfatizam as competências das famílias, mais do que os seus défices (Solomon, 1996, cit. por Corrigan et al., 2008). Posteriormente, estas intervenções passaram a adoptar um forte componente didáctico conferido por profissionais que vem fornecer informação sobre diversos diagnósticos, entre os quais sobressaem a Esquizofrenia e as demências. Todavia, damos ênfase ao componente existencial através do qual os familiares treinam competências de forma a conseguir lidar com situações futuras (McFarlane, 2002). Este tipo de intervenção grupal insere-se num modelo de psicoeducação, o qual tem sido muito utilizado nos serviços de saúde mental, através de programas com a duração de 10 a 12 sessões. Destacamos o “*Family-to-Family Education Program*” (FFEP), patrocinado pela *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI), instituição de referência na luta contra o estigma e promoção da recuperação da doença mental nos EUA. Este programa largamente implementado em vários países como os EUA, Porto Rico e Canadá, é auto-sustentado e foi criado segundo o modelo de formação de formadores. Nele os familiares são treinados para em troca posteriormente poderem treinar outros (Dixon, 1999; Dixon et al., 2004).

Outra abordagem de psicoeducação familiar é proposta pela conceituada organização americana *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) e fomentada numa forte aliança entre profissionais, familiares e utentes de forma a alcançar a recuperação. Aqui ressalta-se que ao contrário da terapia familiar em que a própria família é o objecto do tratamento, na psicoeducação familiar a doença é o objecto de cuidado.

A internet também pode ser a resposta para a procura do conhecimento, porém deve ser utilizada com precaução devido ao grande número de informação incorrecta e confusa que lá pode ser disponibilizada. Os grupos de auto-ajuda e advocacia lutam por manter o controlo da qualidade nos seus websites, com hiperligações para sites fidedignos, workshops, páginas de perguntas e respostas e programas psicoeducativos que através de *E-Learning* mobilizam o conhecimento das famílias de forma criativa e estruturada. Veja-se o programa “*Children Of Parents with a Mental Illness*” (COPMI) iniciativa do governo australiano que desde 2002 promove a saúde mental de filhos de pais com Doença Mental Grave.

Nas últimas décadas verificou-se um crescimento significativo dos grupos de auto-ajuda e de advocacia relacionados com a doença mental. Este movimento marcou a mudança no estatuto das pessoas com doença mental e particularmente das suas famílias, passando de membros passivos, culpabilizados e vitimizados a defensores do bem-estar pessoal e familiar, bem como da mudança social. Para Hinshaw (2007) a participação nestes grupos tem vários benefícios: proporciona às famílias um reconhecimento público da proximidade com a doença, o que contraria o silêncio e a vergonha que habitualmente existem entre os familiares; fornece suporte social através da partilha de recursos e de estratégias de *coping* entre os elementos do grupo o que contribui para a diminuição do isolamento que tantas vezes acompanha a doença mental; promove a consciência e o conhecimento sobre os factos da doença mental, graças à habitual componente educativa; e contribui para a mudança social, já que os familiares envolvem-se num esforço colectivo dirigido à eliminação do preconceito e da discriminação na comunidade. Assim, apesar dos efeitos negativos para a família do processo de cuidar, verificam-se também aspectos positivos, tais como o sentimento de realização e crescimento pessoal. Os profissionais de saúde mental devem ajudar os familiares a fazer escolhas de forma a alcançarem um desempenho de papel satisfatório e a expressarem sentimentos mais positivos sobre a sua relação com o seu familiar doente (Veltman et al., 2002). McFarlane (2002) alerta que dadas as especificidades da Doença Mental Grave e a responsabilidade que a família suporta em todo o processo do cuidar, a criação de alianças entre a

família e os profissionais de saúde mental não pode ser mais opcional, mas deve constituir uma realidade assumida.

Finalmente, a terceira e última estratégia para reduzir o estigma refere-se ao **contacto** interpessoal com os membros do grupo estigmatizado. Considerando as implicações deste contacto para o *empowerment* das pessoas com doença mental, a investigação conclui que um dos maiores recursos para a mudança dos estereótipos é a própria pessoa com doença mental (Corrigan et al., 2008). Os mitos em relação à doença mental conseguem ser verdadeiramente desafiados quando as pessoas do público em geral contactam com pessoas com doença mental capazes de manter o seu emprego ou viver na comunidade como bons vizinhos e constataam que afinal não são diferentes do resto da população (Corrigan, 2002; Schulze et al., 2003). Desta forma, o contacto tem sido consensualmente considerada como a mais eficaz das estratégias para reduzir o preconceito intergrupos (Pettigrew & Tropp, 2000, cit. por Hinshaw, 2007) e as investigações realizadas têm produzido resultados promissores, concluindo que o contacto com a pessoa com doença mental produz melhores resultados ao nível das atitudes, do que o protesto e a educação (Corrigan et al., 2001 e 2002b; Holzinger et al., 2008).

Porém, o tipo de contacto ou interacção deve ser preparado devidamente, pois se envolver visitas a hospitais psiquiátricos do tipo asilar com doentes com poucos cuidados de higiene, ou a instituições onde se encontram pessoas com alterações de comportamento mal controladas, a exclusão, o medo e o estigma podem aumentar em vez de diminuir. A investigação sugere que na implementação do contacto esta estratégia deve englobar quatro elementos a ter em conta: (1) existência de um estatuto igualitário entre grupos, (2) delineação de objectivos em comum, (3) inexistência de competição e (4) motivação por parte da autoridade (empregadores, dirigentes, legisladores) para o contacto. Isto é, se a população perante a presença da pessoa com doença mental não se sentir superior ou em competição com esta, mas sim com objectivos comuns, o estigma diminui. Os resultados são ainda melhores, se, para além disto, a situação em que se promove o contacto for organizada por alguém por quem a população sinta respeito e reconhecimento, como por exemplo, o dono de uma fábrica,

promover uma acção de sensibilização entre os empregados para a promoção da aceitação de novos empregados com doença mental (Hinshaw, 2007).

Para ser eficaz o contacto deve ser regular e não fortuito e por isso as instituições prestadoras de cuidados de saúde mental devem estar na comunidade e não afastadas da população. A abertura de locais de emprego apoiado também contribui para o contacto regular com a incapacidade psiquiátrica dentro dos locais de trabalho. Na escola, as crianças com dificuldades de aprendizagem devem estar inseridas no ensino regular dentro do possível, para que desde cedo os comportamentos sejam conhecidos e integrados na comunidade escolar. Para tal inclusão é muito importante que os decisores políticos, os empregadores e os professores tenham formação e conhecimentos para contribuir para a não estigmatização e para evitar a segregação dos pares. Desta forma, a promoção do contacto requer planeamento, políticas sociais esclarecidas e suporte fornecido por cidadãos chave em todo este processo.

Como já temos vindo a abordar, alterar a representação da doença mental nos *media* é um importante pré-requisito para também alterar a opinião pública, particularmente se forem promovidas expectativas realistas sobre as modalidades de tratamento existentes e a sua taxa de sucesso. Stuart (2006, cit. por Sartorius et al., 2010) sugere que os profissionais de saúde mental bem como os próprios utentes, deveriam recorrer mais vezes aos *media* de forma a fornecer uma imagem mais real da doença mental e suas implicações. Os sucessos terapêuticos e de reabilitação devem ser assim partilhados publicamente. A um nível mais macro, Sartorius e colaboradores (2010) recomendam que as associações nacionais devem estabelecer relações mais estreitas com os meios de comunicação social, de forma a fornecerem informação actualizada, desenvolverem workshops, boletins e comunicados de imprensa, com o intuito de promoverem boas práticas entre os profissionais da comunicação, bem como envolver os seus representantes na organização dos serviços e outras iniciativas apropriadas a cada país. A investigação ao nível da psicologia social em torno dos factores estruturais e institucionais concluiu que as estratégias anti-estigma de cariz individual provavelmente não são suficientes para a mudança dos preconceitos e da discriminação originada em

grande medida por variáveis colectivas (Corrigan et al., 2005). Desta forma, Warner (2008) alerta que as campanhas anti-estigma devem ser desenhadas de forma a atingirem grupos específicos, como as próprias pessoas estigmatizadas, os *media*, o sistema criminal e judicial, as escolas e não o público em geral, pois implicarão menos custos e aumentam a probabilidade de se obter um impacto mensurável na mudança de atitudes.

Exemplo disso foi o processo realizado junto de alguns países participantes no já referido Movimento Anti-Estigma “*Open the Doors*” da WPA, com o objectivo de avaliar as prioridades que os programas de intervenção deveriam ter e quais os seus destinatários. Destacamos a experiência de Marrocos que realizou um primeiro estudo com utentes em ambulatório de clínicas e hospitais psiquiátricos, diagnosticados com Esquizofrenia, que revelou que a sua maioria, após o diagnóstico, perdeu o emprego e os amigos e que 95% dos mesmos viviam com os pais. Muitos dos seus familiares também lidaram com o estigma por associação, particularmente por parte dos vizinhos, o que resultou numa superproteção dos familiares com a doença, não os deixando abandonar a comunidade, nem ingressar em novos empregos (Sartorius & Schulze, 2005). Baseando-se nestes resultados os responsáveis locais pelo Movimento “*Open the Doors*” concluíram que o seu programa deveria ter como população alvo as próprias pessoas com experiência de doença mental, bem como os seus familiares. Assim, foram organizadas reuniões semanais com pessoas internadas em contextos hospitalares de forma a explorar os tópicos mais relacionados com o estigma vivido e respectivas estratégias de intervenção. Os grupos analisaram estratégias de *coping* dirigidas quer às pessoas com a doença, quer aos seus familiares. A experiência resultante deste processo resultou num segundo estudo de avaliação de necessidades, para o qual se recorreu à metodologia de *focus group* para se analisar a experiência subjectiva do estigma em primeira mão, e os seus efeitos no prognóstico da própria doença. Os resultados revelaram três dimensões do estigma a serem trabalhados: a) *A imagem da própria doença*, como por exemplo a “perigosidade” e a “violência” associadas à Esquizofrenia; b) *O estigma das relações interpessoais*, o qual inclui o isolamento social das próprias pessoas com experiência da doença e dos seus familiares e c) *A*

discriminação estrutural, sobre a qual foi reportada a falta de serviços de reabilitação psicossocial suficientes por parte das pessoas com experiência de doença mental, com uma preocupação especial das famílias sobre a qualidade dos cuidados disponíveis (Kadri et al., 2004).

Após a conceptualização do estigma e da descrição da influência recíproca que as atitudes estigmatizantes tiveram e continuam a ter no entendimento da doença mental pudémos observar diferentes formas de produção de estigma, bem como algumas estratégias eficientes de intervir para as combater. Urge agora conhecermos com mais profundidade o impacto de todas estas componentes na própria pessoa que experiencia uma doença mental, não raras vezes indutoras do que habitualmente se denomina de processos de auto-estigma, objecto central do nosso trabalho.

4. Auto-Estigma na Doença Mental Grave

A discriminação e o estigma são temas considerados prioritários pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), pois o impacto causado pelo estigma na vida da pessoa pode ser tão nefasto como os efeitos directos da própria doença (Corrigan & Penn, 1999). O estigma, num processo insidioso, impede a recuperação da pessoa com Doença Mental Grave através do impacto na sua auto-estima, no seu estatuto social individual e na sua rede social, sendo que o somatório de todos estes aspectos contribui ao longo do tempo para resultados negativos como o desemprego, o isolamento, o adiamento da procura de cuidados, os sintomas resistentes ao tratamento e o curso crónico e prolongado da doença. De forma a compreendermos melhor este fenómeno iremos abordar os principais factores responsáveis e indutores desta problemática, absorvidos pelas pessoas com experiência de doença mental, muitas vezes como estratégia de sobrevivência e ajustamento/ equilíbrio.

A maioria dos investigadores é unânime ao afirmar que são as pessoas com doença mental quem mais sofrem o impacto do estigma. Corrigan (1998) e

outros autores de referência nesta temática como Link e Phelan (2001) advogam que a nossa cultura, impregnada de imagens estigmatizantes relacionadas com a doença mental, como aquelas que observamos no ponto anterior, leva a que as pessoas com esse tipo de experiência possam aceitar e interiorizar essas ideias e venham a sofrer de baixa auto-estima, baixa auto-eficácia e pouca confiança e esperança no seu futuro. De facto, a internalização do estigma ocorre com maior intensidade quando a pessoa repetiu sucessivas experiências de insucesso e se apercebeu que não tem as mesmas oportunidades e os mesmos recursos disponíveis como as outras pessoas (Linhorst, 2006).

Tendo em consideração que o estigma prejudica as pessoas diagnosticadas com doença mental, o auto-estigma representa o impacto cognitivo e emocional no próprio indivíduo estigmatizado. Assim, os efeitos nefastos do estigma influenciam as percepções internas, as crenças e as emoções da pessoa estigmatizada, sobre e para além dos efeitos da discriminação cometida pelas outras pessoas (Ritsher & Phelan, 2004). A diminuição da auto-estima e da auto-confiança são indubitavelmente reacções emocionais negativas esperadas. A auto-estima é operacionalizada no indivíduo através de visões negativas sobre si próprio e através do sentimento de vergonha (Rosenberg, 1965, cit. por Corrigan, 2004). A auto-eficácia refere-se à expectativa que a pessoa tem de ser capaz de desempenhar com sucesso um comportamento numa determinada situação (Bandura, 1977, 1989, cit. por Corrigan, 2004).

O auto-estigma, também denominado estigma internalizado¹⁰, é considerado um processo de transformação, no qual a pessoa com experiência de doença mental perde a sua já prévia ou ainda desejada identidade, deixando de desempenhar os seus papéis parentais, laborais e sociais, passando a adoptar uma visão passiva, auto-estigmatizante e de auto-desvalorização (Brohan et al., 2011; Yanos et al., 2008). A investigação conclui que as pessoas com doença mental mantêm os mesmos estereótipos em

¹⁰ A utilização do termo "internalizado" deve-se a Ritsher e colaboradores (2003), motivados em parte pela literatura sobre racismo internalizado e homofobia internalizada, que também explora o dano psicológico gerado pelo fenómeno sociológico.

relação à sua doença que o público em geral, acreditando por antecipação que irão ser alvo de rejeição (Hinshaw, 2007). O auto-estigma é uma das respostas pessoais possíveis perante o estigma da doença mental (Corrigan, 2002) e resulta num paradoxo fundamental “*baixa auto-estima versus raiva justificada*” (Corrigan & Watson, 2002b, p.18), já que nem todas as pessoas com doença mental reagem ao estigma da mesma forma e com o impacto negativo esperado. Algumas, perante o preconceito, parecem ignorar de uma forma global os efeitos do estigma público nas suas vidas, mas outras por sua vez sentem-se com mais energia expressando uma irritação positiva e justificada (Corrigan et al., 2008; Rüsch et al., 2009). Este tipo de reacções capacita as pessoas para mudarem os seus papéis no sistema de saúde mental, tornando-se participantes mais activos no seu plano de tratamento, contribuindo também para a própria melhoria dos serviços (Corrigan & Calabrese, 2005).

Estas diferenças ao nível da reacção ao stress gerado pelo estigma, foram estudadas por Rüsch e colaboradores (2009), que referem que existem dois tipos de resposta possível: as respostas cognitivas de *coping* ponderadas e as reacções emocionais involuntárias. As respostas cognitivas de *coping* são esforços conscientes e volitivos perante o agente potenciador de stress: o estigma. Exemplo de uma estratégia de *coping* sugerida por Crocker e colaboradores (1989, cit. por Corrigan & Calabrese, 2005) é a pessoa comparar-se com membros do mesmo grupo, com o mesmo tipo de incapacidade, em vez de o fazer com grupos em maior vantagem como o público em geral, de forma a tornar a sua auto-estima menos exposta a danos. Outra estratégia dos mesmos autores é a pessoa deixar de atribuir a culpa si própria e às suas características internas e passar a atribuí-la ao poder da discriminação diferida pelos que a rodeiam. Curiosamente, Crocker e colaboradores também verificaram que, ao contrário do que se estava à espera, vários grupos estigmatizados mostraram bons níveis de auto-estima, nomeadamente as pessoas de raça negra e as pessoas com deficiência. Desta forma, parece que em algumas pessoas, perante o estigma, a reactância psicológica¹¹ é estimulada. Corrigan e Calabrese (2005) referem que, no que

¹¹ Weinstein e Platt (1969) referem o mesmo sentimento em termos de "desejo do homem de ser livre" e vincularam esta disposição à estrutura do desenvolvimento social. Brehm (1966) usou essa mesma disposição como conceito importante da sua teoria da reactância psicológica.

concerne a esta temática, a reactância sugere que em vez da pessoa se conformar com a ameaça decorrente do estigma e se perceber como alguém menor, deve ultrapassar a avaliação negativa de forma a que as percepções positivas sobre si possam crescer. No que diz respeito às reacções emocionais involuntárias, as mais frequentes são a ansiedade social, na qual o estigma surge como uma ameaça à interacção social e a vergonha, entendida como uma reacção à exposição e à humilhação social correlacionada positivamente com o auto-estigma. Ambas as reacções são desta forma consequência da desvalorização social provocada pelo público em geral e consequência das experiências de auto-estigmatização das próprias pessoas com Doença Mental Grave, nomeadamente daquelas com perturbações psicóticas (Gilbert & Miles, 2000 e Birchwood et al., 2007, ambos cit. por Rüsch et al., 2009).

A investigação nas pessoas com Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas tem demonstrado que na Europa o auto-estigma associado a este diagnóstico é comum e por vezes severo (Brohan et al, 2010b). O auto-estigma surge, mais uma vez, associado à redução de variáveis psicológicas protectoras na pessoa estigmatizada tais como: a esperança (Yanos et al., 2008), a auto-estima (Brohan et al., 2010b; Karidi et al., 2010; Watson et al., 2007), a auto-eficácia (Vauth et al., 2007; Watson et al., 2007), o *empowerment* (Ritsher & Phelan, 2004; Vauth et al., 2007) e as crenças na recuperação (Sibitz et al., 2011; Yanos et al., 2008).

Desde Kraepelin e Bleuler e ao longo dos últimos cem anos constata-se que a disfunção cognitiva está presente na Esquizofrenia. Após surtos psicóticos repetidos, à medida que a sintomatologia negativa predomina, o pensamento permanece a um nível concreto e rudimentar, sem significado afectivo ou expressão. A motivação diminui e a *belle indifférence* substitui o desejo e o interesse. As capacidades de resolução de problemas, de sequenciação, de planeamento, de acção e até de auto-cuidado estão cada vez mais comprometidas. A interacção emocional torna-se branda ou provocadora de ansiedade, medo e desconfiança. A capacidade de reconhecerem os estados emocionais nas outras pessoas dissipa-se, reduzindo a adequação das respostas emocionais. Todos estes défices

resultam numa perda de competências sociais, de desempenho de papéis culminado num isolamento social que aliado à disfunção cognitiva se pode tornar tão duradouro como generalizado (McFarlane, 2002). Neste contexto, Koren e colaboradores (2006) ressaltam o compromisso da metacognição na Esquizofrenia e Lysaker e colaboradores (2008a) chamam a atenção para o facto de que vários autores têm associado a Esquizofrenia a uma diminuição do sentido de si mesmo no mundo e à dificuldade em construir uma narrativa coerente da vida que ligue o passado ao presente e que retrate conexões significativas entre o *self* e os outros.

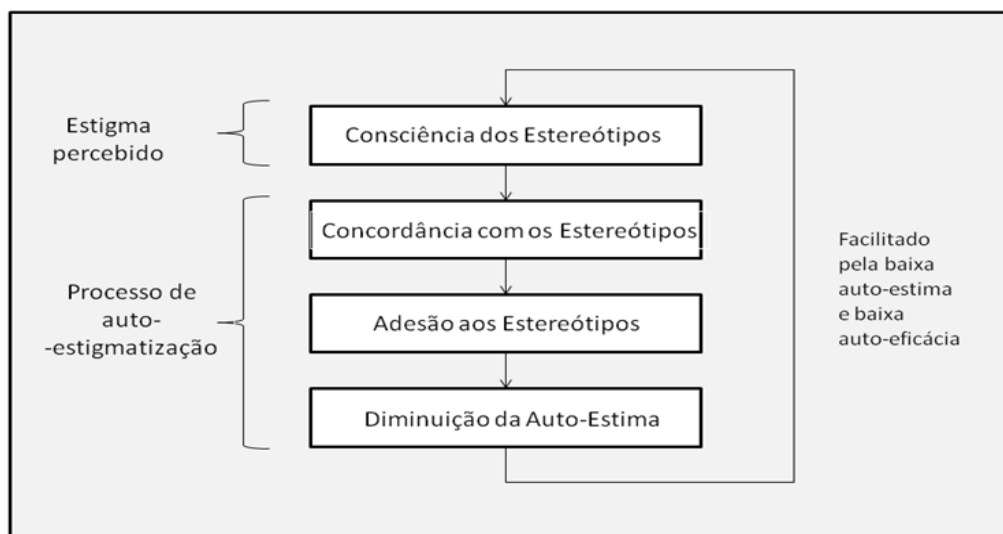
Assim, a literatura eleger dois fenómenos como principais despoletadores deste défice ao nível da experiência percebida: a internalização de crenças estigmatizantes e a capacidade de metacognição comprometida. Em relação à internalização, à medida que as pessoas integram o estigma, a sua identidade é absorvida pela doença mental, passando a auto-percepcionarem-se como alguém de menor valor. Já a metacognição comprometida reflecte-se na incapacidade da pessoa reflectir sobre o seu próprio pensamento, como por exemplo, a habilidade para nomear e escrutinar os pensamentos, as acções e os conhecimentos sobre si própria e sobre os outros. Desta forma, quando analisamos o auto-estigma na Doença Mental Grave, como é a Esquizofrenia, devemos considerar a influência da falta de *insight* nas capacidades de adaptação e de reacção ao estigma da pessoa. Esta falta de *insight* pode condicionar processos metacognitivos importantes relacionados com a observação e avaliação do *self*. O termo *insight* refere-se à consciência de estar doente, de ter sintomas e à atribuição da redução da funcionalidade e da qualidade de vida à sua doença e à sua sintomatologia (David, 1990). Muitas vezes a pessoa não está consciente das experiências sintomáticas da doença, levando à negação do seu estado de descompensação psíquica (Leff & Warner, 2006). A investigação sugere que a falta de *insight* é um dos motivos que implicam seriamente na descontinuidade do tratamento e no processo de recuperação da doença mental. Porém, a evidência também demonstra que o aumento do *insight* provoca a diminuição da auto-estima, do bem-estar emocional e da esperança, concomitante com o aumento do desespero nas pessoas com doença mental (Hasson-Ohayon et al., 2011).

O estudo de Lysaker e colaboradores (2007) sugere que o auto-estigma modera a relação entre o *insight* relativo à doença mental, a esperança e a auto-estima das pessoas com Doença Mental Grave. Por sua vez, Staring e colaboradores (2009) produziram evidência adicional ao verificar que o *insight* elevado está associado à presença de depressão, à baixa qualidade de vida e à auto-estima diminuída e que estas associações são maiores na presença de altos níveis de auto-estigma. A presença de bons níveis de *insight* associados a baixos níveis de auto-estigma é um bom predictor do aumento do potencial de recuperação nas pessoas com Doença Mental Grave. Importa agora perceber como se desenvolve o processo de auto-estigmatização.

O auto-estigma inicia-se quando a pessoa internaliza estereótipos negativos sobre a sua doença mental. Esta internalização, por sua vez, resulta em reacções auto-pejorativas e auto-discriminatórias, que colocam a pessoa contra si própria (Corrigan & Watson, 2002a). Link e outros autores têm demonstrado que quando a pessoa a quem foi comunicado o seu diagnóstico psiquiátrico acredita que a maioria das pessoas rejeita e desvaloriza aqueles que têm Doença Mental Grave, começa a sofrer várias consequências negativas tais como a desmoralização, a baixa auto-estima, a adaptação social comprometida, o desemprego, a perda de rendimentos e a fraca adesão à medicação psiquiátrica. Porém, as pessoas com o mesmo diagnóstico, que não possuam as mesmas crenças tão vincadas, sofrerão menos consequências nefastas (Link et al., 2001; Ritsher & Phelan, 2004). Estas conclusões confirmam que quando o indivíduo percepção o estigma público no seu contexto sócio-cultural e antecipa comportamentos de desprezo e rejeição, internaliza muito mais rapidamente essa estigmatização, recorrendo a processos de afastamento e isolamento social, vendo diminuída progressivamente a sua rede social (McFarlane, 2002).

O processo de auto-estigmatização pode então ser facilmente explicado de acordo com um mecanismo a três níveis proposto por Corrigan e colaboradores em 2006 (Figura 2): primeiro, as pessoas com Doença Mental Grave estão cientes do estigma público, depois concordam com ele, aderem e aplicam esses estereótipos a si próprios e finalmente, este estigma internalizado altera a sua auto-estima e a sua auto-eficácia.

Figura 2. Mecanismo de auto-estigmatização (Corrigan et al., 2006)



De acordo com este mecanismo assiste-se a um ciclo vicioso no qual o auto-estigma, a auto-estima e a auto-eficácia se interrelacionam, bloqueando o processo de recuperação. A baixa auto-estima leva à auto-desvalorização e a uma baixa auto-aceitação, e a baixa auto-eficácia torna a pessoa mais vulnerável e susceptível a acreditar que factores stressores associados ao estigma ultrapassam a sua capacidade de lidar com eles e ultrapassá-los (Fung et al., 2008). Este stress condiciona muitas vezes de forma dramática a procura de ajuda profissional, o recurso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (Cooper et al., 2003).

Num estudo realizado com dois grupos de utentes com Depressão Major em contexto de ambulatório, entre os 18 e os 64 anos e com 65 anos ou mais, Sirey e colaboradores (2001) concluíram que o estigma percebido pelas pessoas com doença mental com mais de 65 anos era predictor da descontinuação do tratamento. Curiosamente, apesar dos pacientes mais novos reportarem maior estigma percebido do que os mais velhos, neste caso este factor não condicionava a adesão ao tratamento, mas sim o factor maior idade. Estudos realizados com pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia sugerem que a partir do momento em que a pessoa se depara com o estigma público e o internaliza, recorre ao secretismo, aderindo pouco às intervenções

psicossociais, de forma a evitar uma maior discriminação. Por conseguinte, a evidência confirma que a identificação pública como “doente mental” é frequentemente nefasta e que as pessoas com Esquizofrenia recorrem pouco aos serviços de saúde, envolvendo-se pouco em comportamentos adequados de procura de ajuda recorrendo ao isolamento (Brohan et al., 2010b; Fung et al., 2008).

O sentimento de vergonha, juntamente com o estigma, é outro aspecto que a evidência tem relacionado de forma significativa com a não adesão ao tratamento (Sirey et al., 2001). Um estudo realizado com pessoas com experiência de doença mental que, após terem sido encaminhados faltaram à primeira consulta de psiquiatria, verificou que a razão mais frequentemente mencionada para a recusa de tratamento foi o medo do estigma da doença mental, mais do que a existência de expectativas negativas perante a qualidade do tratamento (Bem-Noun, 1996, cit. por Sartorius et al., 2010). Verifica-se, assim, uma negação do estatuto de doente mental e um bloqueio ao desempenho do papel, através do evitamento da frequência de instituições que possam aumentar esta “marca”. O evitamento do rótulo talvez seja o reflexo mais significativo da barreira ao comportamento de procura da ajuda que o estigma pode criar e a investigação sobre este tema tem-se mostrado cada vez mais consistente (Corrigan & Watson, 2004).

Sintetizando tudo o que temos vindo a referir, as pessoas com Doença Mental Grave ao longo da história e na actualidade, experienciam no seu dia-a-dia o estigma causado pelo desconhecimento, pelas atitudes e pelo comportamento das outras pessoas, o que pode gerar a exclusão social e a diminuição progressiva da sua qualidade de vida (Thornicroft et al., 2009). O auto-estigma é assim considerado um dos principais obstáculos à integração plena da pessoa na sua comunidade e ao seu processo de recuperação, ao limitar as oportunidades para a sua vida (Knight et al., 2006; Senra-Rivera et al., 2008; Wahl, 1999b). Podemos concluir assim que o auto-estigma relacionado com a doença mental está imbuído de processos dinâmicos e interrelacionados que incluem as cognições, as atitudes e a formação da identidade ao nível individual, bem como uma série de fenómenos intergrupais ao nível social e factores e condições culturais, económicas e institucionais ao

nível estrutural. Almejamos neste primeiro capítulo de enquadramento teórico aprofundar, de forma integrada, as representações da doença mental e do estigma, bem como as formas como estes fenómenos potenciam processos de auto-estigma, para no próximo capítulo podermos dar a conhecer uma estratégia de intervenção desenhada e dirigida à remediação destas barreiras à efectiva recuperação e inserção social de pessoas com experiência de Doença Mental Grave. A promoção de uma saúde mental positiva é para nós uma linha orientadora, através da utilização de estratégias para o desenvolvimento da resiliência e outras forças individuais necessárias para o lidar com uma doença crónica como é a Esquizofrenia. Destacamos assim, o desenvolvimento de competências que diminuam o isolamento social, a alienação, a adesão aos estereótipos e a experiência de discriminação, como exemplos de dimensões de saúde mental com um forte impacto nos programas dirigidos ao auto-estigma da doença mental. Neste sentido, no próximo capítulo iremos apresentar o Programa de *Blended Learning (B-Learning)* para diminuição do auto-estigma **“Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” (CEFVA)**, com a respectiva fundamentação, pressupostos, metodologias e *guidelines* de implementação. Este programa foi concebido e desenvolvido criteriosamente por nós, destinando-se a pessoas com experiência de Doença Mental Grave, nomeadamente Esquizofrenia.

CAPÍTULO II

CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA ANTI-AUTO-ESTIGMA

O conceito e os actuais paradigmas de recuperação oferecem novas oportunidades de optimismo e esperança para as pessoas com Doença Mental Grave. Porém, no que diz respeito às pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, parece verificar-se uma falta de crença no seu próprio potencial. Esta compreensão deve ser trabalhada o mais precocemente possível junto do público em geral, dos profissionais de saúde mental, das famílias e em especial das próprias pessoas com experiência da doença (Kinderman et al., 2006). A extensa investigação que tem sido feita na Europa, nos EUA, no Canadá e no Japão tem reportado taxas significativas de recuperação para as pessoas com Esquizofrenia, nos vários estádios da doença. Exemplos disso são os estudos de *follow-up* a longo prazo com pessoas com o diagnóstico, de 20 a 40 anos, que encontraram taxas de recuperação significativas entre os 45% e os 68% (Harding et al., 1992 e Liberman & Kopelowicz, 2005, ambos cit. por Liberman, 2008).

Tomando como ponto de partida a nossa prática numa Unidade de Referência de um Hospital Geral de primeira linha no tratamento e reabilitação da Doença Mental Grave, tem-se verificado ao longo dos últimos anos um aumento da colaboração e participação dos próprios utentes no seu processo de recuperação. Simultaneamente, verificamos que alguns indicadores relacionados directamente com o auto-estigma dificultam por vezes este processo de regresso à vida activa fora dos muros do hospital. Ficamos por isso motivados para que este trabalho contribua para a afirmação de um campo de intervenção específico e fundamental para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial - o auto-estigma - e como tal decidimos conceber e desenvolver o “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” (CEFVA).

Começaremos então, neste segundo capítulo, por fundamentar os pressupostos em que nos baseamos para a criação e desenvolvimento do CEFVA, integrando e explorando a problemática do auto-estigma. Em seguida apresentaremos os valores e os princípios que sustentam o nosso programa, reunidos nas duas metodologias que elegemos para, de forma integrada e integral, constituírem o modelo de aprendizagem e mudança de atitudes utilizado o *Blended Learning (B-learning)*: Sociodrama e Aprendizagem à

Distância (*E-Learning*). Iremos apresentá-las **e fundamentar a opção tomada**, como introdução às *guidelines* de implementação do CEFVA.

1. Fundamentação do Curso de Educação e Formação para a Vida Activa (CEFVA)

Os estereótipos, o preconceito e a discriminação por parte da sociedade em relação às pessoas com experiência de doença mental constituem uma realidade que, apesar de histórica, está ainda presente nos dias de hoje de forma profundamente danosa do ponto de vista social. Como já observámos, o estigma tem efeitos nefastos, sendo um dos mais devastadores a perpetuação do auto-estigma junto da pessoa com experiência de Doença Mental Grave (Brohan et al., 2010b; Brohan et al., 2011). Este fenómeno incentiva, no próprio indivíduo, comportamentos como o isolamento social, a auto-exclusão, a dificuldade em procurar ajuda, a baixa adesão ao tratamento e cognições como a falta de crença na recuperação e a desesperança (Lucksted et al., 2011; Mehta et al., 2009).

O auto-estigma é considerado, de forma consensual, um indicador da sobrecarga provocada pela doença mental no indivíduo, sendo também encarado como uma barreira ao seu processo de recuperação e uma área emergente de intervenção (Brohan et al., 2011; Ritsher & Phelan, 2004). Com a crescente consciencialização sobre o auto-estigma e suas particularidades, aumentou também o número de tentativas de intervenção neste tema que apesar de recentes e escassas têm revelado o interesse da comunidade científica em encontrarem respostas eficazes dirigidas à pessoa com doença mental, em que estas sejam o objecto e não apenas o alvo final de todo o processo. Da revisão da literatura efectuada destacamos a escassez de programas dirigidos directamente ao combate das consequências negativas do auto-estigma junto de pessoas com Doença Mental Grave. De facto, é escassa a literatura sobre este tema, já que quase toda a evidência publicada é dirigida à intervenção no estigma público, mas destacamos seis programas específicos à diminuição do auto-estigma que passamos a descrever.

Com um carácter psicoducativo, Wieczynski (2000) desenvolveu um grupo de gestão do estigma constituído por 3 sessões, dirigido a 27 indivíduos com doença mental. Porém, não se verificaram melhorias significativas na auto-eficácia nem nas competências de *coping* relacionadas com o estigma. Ainda na mesma linha, Link e colaboradores (2002) implementaram um grupo educativo constituído por 16 sessões, cujo foco assentava na discussão de experiências pessoais de estigmatização e na recomendação de estratégias comportamentais para lidar com o estigma. Apesar dos resultados promissores, a selecção de participantes com diferentes diagnósticos clínicos resultou numa limitação do estudo no que diz respeito ao desenvolvimento da compreensão do estigma em diagnósticos específicos como a Esquizofrenia. Por sua vez, Knight e colaboradores (2006) adoptaram um desenho experimental com grupo controle, para testar a eficácia de um grupo de terapia cognitivo-comportamental dirigido a 21 indivíduos com o diagnóstico de Esquizofrenia. Resultados positivos foram encontrados ao nível da melhoria da auto-estima e da diminuição da depressão. Já Macinnes & Lewis (2008) puseram em prática uma estratégia de auto-aceitação incondicional de forma a contribuir para a redução da auto-estigmatização em indivíduos com Doença Mental Grave. Esta redução foi demonstrada, recorrendo a um desenho pré-experimental. Entretanto, ainda mais recentemente surgiram dois programas com abordagens integradoras. Fung e colaboradores (2011) utilizaram a psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental/ entrevista motivacional, o treino de competências sociais e um programa de concretização de objectivos, num programa constituído por 12 sessões grupais seguidas de 4 sessões individuais de *follow-up*, realizado com 64 pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia. Os resultados sugerem que o programa apresentou potencial para reduzir a diminuição da auto-estima, para promover a prontidão para a mudança dos seus comportamentos problemáticos e para aumentar a adesão ao processo de reabilitação psicossocial durante a fase de intervenção do programa. No entanto, a manutenção dos efeitos positivos não se verificou no período de *follow-up*. Por sua vez, Lucksted e colaboradores (2011) baseando-se na investigação sobre o estigma, aplicaram um programa “*Ending Self-Stigma*” centrado na terapia cognitivo-comportamental, na abordagem humanista, no empowerment e na recuperação, através de uma intervenção de

grupo estruturada em 9 sessões dirigida a pessoas com Doença Mental Grave. Os resultados indicam uma diminuição significativa do auto-estigma e um aumento significativo do suporte social percebido e da orientação para a recuperação.

Apesar dos esforços realizados, os resultados destes programas, apesar de promissores, nem sempre foram conclusivos, muitas das vezes devido à falta de um quadro teórico consistente que sustentasse os desenhos de estudo. Esta constatação motivou-nos para a construção de um novo programa, que influenciado pelas características relevantes destes poucos programas já implementados, mas também pelo conhecimento mais actual sobre estigma, auto-estigma e estratégias eficientes de nele intervir (conforme procuramos explorar e retratar no capítulo anterior), reflectisse a nossa visão sobre esta problemática, acautelando a integração rigorosa e criteriosa de um conjunto de pressupostos que potenciem a efectividade da intervenção, junto duma população com estas características. De salientar que toda a filosofia do nosso programa e opções metodológicas tomadas, foram a cada momento, reflectidas e maturadas com profissionais de diferentes áreas do saber e especialistas na área da reabilitação e saúde mental, num processo contínuo de reorganização e transformação, que potenciou, na nossa perspectiva o resultado final, atribuindo convictamente um carácter distintivo e original a este programa.

De facto, não encontramos na literatura nenhum programa que combinasse as metodologias por nós determinadas para a implementação do CEFVA: o Sociodrama e o *E-Learning*. Assim, pretendemos criar uma resposta combinada que ao englobar uma visão integradora para a ruptura com o auto-estigma, tivesse em consideração a mudança de atitudes da própria pessoa com experiência da doença através do *B-Learning*. Para tal propomo-nos utilizar a psicoeducação, através da combinação de uma ferramenta metodológica centrada no grupo, na ação e na aprendizagem (o Sociodrama) com uma ferramenta tecnológica que possibilita o ensino à distância, flexível e personalizado (o *E-Learning*). Segundo o *GAMIAN-Europe Study* realizado por Brohan e colaboradores (2010b) em 14 países europeus para avaliar o auto-estigma nas pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia ou outras

perturbações psicóticas, deve ser prestada especial atenção na construção de intervenções para diminuir o auto-estigma de forma a serem suportados os elementos considerados conceptualmente como mais problemáticos associados a este processo: a alienação, a adesão aos estereótipos, o isolamento social e a experiência de discriminação. Os autores consideram que, na Doença Mental Grave, para além da importância do contacto social, da educação e do emprego, a associação entre o auto-estigma e a percepção do grupo, o *empowerment*, as competências de gestão da doença e do stress, podem constituir hipóteses de intervenção para a redução do auto-estigma bem como para a promoção da recuperação (Brohan et al., 2010b; Brohan et al., 2011). Iremos seguidamente analisar estes pressupostos que servem de base às abordagens anti-auto-estigma, intimamente associadas à promoção da recuperação na Doença Mental Grave e que nos guiaram na construção do nosso programa de intervenção.

2. Pressupostos do Programa CEFVA

Os pressupostos que iremos descrever constituem os pilares onde assentam a estratégia e as opções metodológicas contempladas ao longo da construção do CEFVA. São assim 5 princípios orientadores que através da aquisição personalizada de conhecimentos e da interacção social programada, pretendem promover nos participantes a diminuição do auto-estigma e respectivas consequências positivas. Genericamente organizam-se em torno de uma abordagem educativa em *B-Learning*, baseada na Percepção do Grupo, no *Empowerment*, na Gestão da Doença e na Gestão do Stress.

2.1. Abordagem educativa em *B-Learning*

A abordagem educativa procura incentivar as atitudes de aceitação da doença através do fornecimento de informações precisas que suplantem os mitos e as crenças desenvolvidas em torno da representação da doença

mental (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Corrigan et al. 2001). A consistência desta estratégia tem por base uma variedade de estudos que concluíram que as pessoas que estão melhor informadas sobre a doença mental internalizam menos atitudes estigmatizantes do que aquelas que possuem menos conhecimentos (Penn & Couture, 2002). Para além disso, a educação aplicada à redução do auto-estigma atrai quer investigadores quer decisores de políticas, já que as suas estratégias de intervenção são acessíveis e facilmente replicáveis.

O *B-Learning* refere-se à integração sistemática e complementar de vários mecanismos de prestação de informação, num esforço para otimizar a aprendizagem e a aquisição de competências (Singh, 2003; Rossett & Frazee, 2006, cit. in Cucciare et al., 2008). A intenção é ultrapassar a já referida desvantagem, normalmente associada ao ensino à distância, no que diz respeito à ausência de contacto presencial entre estudantes e professores, e a consequente desmotivação que decorre da ausência de interacção social. Isto é, a perda de uma valiosa experiência pessoal implícita nas relações afectivas e no contacto interpessoal, mais valorizado nos países de cultura latina ou mediterrânica em detrimento dos países anglo-saxónicos, nos quais se verifica uma significativa maior adesão ao *E-Learning* (Bidarra, 2009).

As actividades que implicam a interacção social são, assim, associadas por Bidarra (2009) aos bons resultados dos processos de aprendizagem, como se pode constatar no Quadro 1. Desta forma, *“quaisquer que sejam as circunstâncias, um Ambiente Virtual de Aprendizagem baseado num sistema tecnológico para aprendizagem multimédia deve facilitar tanto a actividade de tipo social como a de cariz individual - ambas indispensáveis para a aprendizagem em regime aberto e à distância”* (Bidarra, 2009, p. 354).

Quadro 1. Ambientes Virtuais de Aprendizagem (Bidarra, 2009, p. 355)

Vertente Tecno-Pedagógica		Vertente Socio-Psicológica		
<i>Tecnologia</i>	<i>Pedagogia</i>	<i>Aspectos Cognitivos</i>	<i>Aspectos Afetivos</i>	<i>Aspectos Relacionais</i>
Sistemas hipermédia; ambientes virtuais; média interactivos	Auto-aprendizagem; construtivismo; modelos pedagógicos colaborativos	Modelação e mapeamento cognitivo; estilos de aprendizagem	Motivação, satisfação, imaginação e criatividade	Interacção Social; grupos e comunidades de prática

São três os pilares fundamentais do ensino “virtual” de Bidarra, Guimarães e Kommers (2004): a aprendizagem situada (*situated learning*), noção de aprendizagem em rede (*distributed learning*) e teorias construtivistas.

No que se refere ao princípio da **aprendizagem situada**, este percebe a aprendizagem como uma actividade integralmente presente nas actividades do dia-a-dia do indivíduo. Desta forma, o ensino à distância deve ser contextualizado em actividades reais, em vez de se recorrer a procedimentos pouco ou nada motivantes para o estudante. A aprendizagem deve ser contextualizada, até porque a aquisição de conhecimentos descontextualizada, vem a constituir o que Whitehead no final da década de 20 do século XX designou por conhecimento inerte (Bransford et al., 1990). Ou seja, o conhecimento adquirido fora do contexto raramente é transferido espontaneamente para a resolução de problemas quotidianos, permanecendo inerte. O modelo da *cognição situada* (*situated cognition*) de Brown e Duguid (1994) refere-se a uma teoria de aprendizagem, no âmbito da perspectiva construtivista, que advoga que a aprendizagem é realizada em função da actividade, do contexto e da cultura na qual ela tem lugar. Este princípio contrasta com a maioria das actividades de aprendizagem em sala de aula, que envolvem conhecimentos abstractos e fora do seu contexto próprio.

Relativamente ao conceito de **aprendizagem em rede**, este recupera a dinâmica das interacções sociais orientadas para processos educativos sustentados na conectividade entre pares e professores. O isolamento social é superado pela presença virtual e presencial, prática quotidiana em que a

tomada de decisões e a resolução de problemas é realizada de forma eficaz graças à interacção com o outro (Bidarra, 2009). De facto, analisar as situações a partir de múltiplas perspectivas permite a construção de um conhecimento mais completo e profundo (Bransford et al., 1990; Spiro et al., 1992).

Finalmente, as **teorias construtivistas**, de forma abrangente propõem uma maior autonomia para o estudante e a potenciação das suas capacidades cognitivas. Os indivíduos que estão dispostos a aprender são estimulados a lidar com as suas idiossincrasias e a construir o conhecimento a partir dos modelos e representações mentais que possuem. O vasto domínio teórico em que assenta a perspectiva construtivista, oferece vários modelos, mas gostaríamos de assinalar a Teoria de Flexibilidade Cognitiva de Spiro e Jehng (1990). Nesta, o conceito de flexibilidade cognitiva decorre da exploração de conceitos, ou seja, da capacidade que a pessoa tem para reestruturar conhecimentos de forma espontânea, criativa e flexível, para que consiga adaptar as suas respostas a situações e circunstâncias diferentes. Assim, o estudante é estimulado a construir estruturas de conhecimento fortemente interconectadas, cruzando conceitos, o que permite uma maior flexibilidade no modo de aplicar, no futuro, os seus conhecimentos.

O construtivismo orientado pela psicologia cognitiva realça a exploração e a descoberta do conhecimento por parte do estudante. Já o construtivismo regido por um carácter mais sociológico enfatiza o esforço de colaboração e cooperação em grupos de estudantes, para a aquisição da aprendizagem. Destacamos aqui o sócio-construtivismo, iniciado por Vygotsky (1962, cit in Liu & Matthews, 2005), para o qual a aprendizagem resulta do contacto com o meio envolvente. Desta forma, a aquisição de conhecimentos está fortemente dependente das interacções sociais e do ambiente colaborativo em que o estudante está, naturalmente, envolvido. Bidarra (2009), analisando ambas as perspectivas num sentido mais global da aquisição de conhecimentos, salienta quatro princípios importantes e determinantes para a escolha do método *B-Learning* em detrimento do ensino à distância ou presencial, isolados.

O primeiro princípio indica que “**a aprendizagem implica uma procura de significados**” (Bidarra, 2009, p.357), ou seja, aprender, implica primeiro a

revisão de temas importantes e significativos para os participantes do nosso Curso, para só depois, através destes, se adquirirem novos conhecimentos. A doença mental, apesar de estar presente no quotidiano dos participantes há anos, e ser muitas vezes mobilizadora de reacções emocionais e comportamentais importantes, é um tema frequentemente desconhecido pelas pessoas com experiência de Doença Mental Grave. Isto deve-se ao secretismo e à falta de informação a que são submetidos, quer pelos familiares, quer pelos profissionais de saúde, quer pelos próprios. O segundo princípio refere-se a que **“a compreensão das matérias deve abranger o todo e as partes”** (Bidarra, 2009, p. 357). Para tal os conteúdos escolhidos devem ser globalizadores e não focalizados apenas em temas isolados e pouco significativos ao grupo. O terceiro princípio está relacionado com o facto de que **“para ensinar de modo eficaz (...) temos que perceber quais são os modelos mentais que os estudantes usam para compreender o mundo e em que pressupostos assentam estes modelos”** (Bidarra, 2009, p. 357). Através do *E-Learning* é difícil alcançar esse conhecimento. Ora, tendo em conta este pressuposto o contexto presencial é determinante para o alcance da possibilidade da compreensão da forma de pensar, sentir e agir de cada estudante. Finalmente o quarto princípio refere-se a que **“uma vez que a educação é interdisciplinar, o único modo de avaliar os alunos é tornar a avaliação parte do processo de aprendizagem. Assim, é importante assegurar que os alunos recebem informação qualitativa no que respeita ao seu progresso na aprendizagem”** (Bidarra, 2009, p. 358). Apesar do *E-Learning* possuir funcionalidades próprias para disponibilizar informação qualitativa após as auto-avaliações realizadas à distância, mais uma vez o contexto presencial é facilitador desta permissão.

Desta forma, o *B-Learning* permite reflectir uma visão "colaborativo construtivista" do ensino e da aprendizagem, regida pelo reconhecimento da relação inseparável entre o significado pessoal e a influência social na formação da transacção educacional (Garrison & Anderson, 2003). Este processo unificador reconhece a importância da interacção entre o sentido individual e o conhecimento socialmente adquirido.

2.2. Abordagem baseada na Percepção do Grupo

Ao longo das últimas décadas várias teorias de referência conceptualizaram o auto-estigma como sendo o resultado automático que surge num determinado membro de um grupo estigmatizado (Allport, 1954; Erikson, 1956; Jones et al., 1984). Neste seguimento, a literatura da psicologia social sobre grupos minoritários refere que estes podem traduzir-se por um lado numa ameaça, mas por outro lado numa fonte de recursos para os estigmatizados, dependendo da forma como eles percebem o seu grupo e se identificam com ele. Aplicando este racional teórico à doença mental, Rüsch e colaboradores (2009) investigaram de que forma três aspectos relacionados com a percepção do grupo influenciam o modo como as pessoas com doença mental reagem ao estigma, nomeadamente o *valor do grupo percebido* (ou seja, se os elementos do grupo o avaliam de forma positiva ou negativa), a *identificação ao grupo* (de que forma os indivíduos se identificam ou se sentem vinculados ao grupo) e a *unidade do grupo* (até que ponto o grupo de pessoas com doença mental é percebido como uma unidade coerente e organizada). Os autores concluíram que a tendência para guardar segredo e o desespero, duas reacções ao estigma comuns e particularmente nefastas, estavam fortemente associadas a um baixo valor atribuído ao grupo. Logo, se as pessoas com doença mental atribuírem um alto valor ao grupo e rejeitarem o estigma por o considerarem ilegítimo, maior será a resiliência para com as atitudes estigmatizantes. Assim, os autores concluem que as pessoas com doença mental devem ser estimuladas, através de intervenções grupais, a valorizar o seu grupo e a percebê-lo como uma entidade coerente, ao qual se devem sentir vinculadas, já que nessas condições têm maiores probabilidades de reagir ao estigma de uma forma enérgica e positiva.

Para a intervenção no auto-estigma Ritsher e Phelan (2004) propõem que deve ser transmitida a mensagem que as pessoas com Doença Mental Grave não estão sozinhas e que outras pessoas na sua situação tiveram sucesso nas suas vidas. Componentes do auto-estigma como a alienação podem ser trabalhados através da promoção do envolvimento interpessoal

como aquele existente nos grupos de auto-ajuda. É, assim, grande o benefício do grupo já que permite a partilha franca e a discussão das dificuldades sentidas por parte e entre as pessoas que vivem de forma similar com a doença mental. Perante a doença é importante o suporte proporcionado pelos grupos de pertença (como os grupos de auto-ajuda ou de suporte), considerados fundamentais para a diminuição do stress e do isolamento e úteis para a aquisição de informação sobre os problemas em questão (Marques, 2005; Soares, 2005). Neste sentido, McFarlane (2002) enfatiza os sentimentos de profundo alívio e reconhecimento quando os elementos percebem que o auto-estigma está a ser substituído por uma espécie de orgulho em poder, como um grupo, entender e dominar a doença que até então tinha sido vivida como um grande fardo para todos.

Os seres humanos parecem estar preparados para formar identificações a grupos, mas a investigação sugere que as pessoas com Doença Mental Grave apresentam dificuldades marcadas neste processo. Quando conseguido, são várias as consequências positivas da identificação grupal: ao nível cognitivo as pessoas tendem a acreditar que os membros do grupo são semelhantes entre si; afectivamente aumentam as emoções positivas e a empatia; do ponto de vista comportamental verifica-se que a aproximação, a cooperação e a ajuda são potenciadas (Rüsch et al., 2009). Porém, estas consequências podem-se tornar negativas caso contribuam para a auto-exclusão do grupo enquanto entidade fechada e de costas voltadas para a comunidade. Dado que quanto mais forte for a identificação ao grupo, maior o sentimento de diferença perante aqueles que estão fora do grupo (Hinshaw, 2007), a intervenção no auto-estigma deve englobar também a promoção da inclusão das pessoas com doença mental na comunidade e em actividades nas quais se sintam membros integrantes e mobilizadores da mesma. Assim, os *outros* passam de elementos estranhos ao grupo a elementos complementares ao mesmo.

2.3. Abordagem baseada no *Empowerment*

A internalização de mensagens inspiradas na recuperação é também uma estratégia anti-auto-estigma a valorizar, que por sua vez deve ter uma tónica no *empowerment* da pessoa com experiência de doença mental (Corrigan & Watson, 2004; Larson & Corrigan, 2008). A facilitação do *empowerment* pessoal constitui um pressuposto considerado o oposto dos princípios inerentes ao auto-estigma já enunciados (Hinshaw, 2007; Rappaport, 1987; Speer et al., 2001). Ou seja, de um lado estão as pessoas que não são capazes de ultrapassar as suas expectativas pessimistas sobre a sua doença mental, com baixa auto-estima e pouca confiança no seu sucesso, ou seja, as pessoas auto-estigmatizadas. Do outro lado, encontramos as pessoas com incapacidades psiquiátricas, que apesar das mesmas, têm uma boa auto-estima e fortes sentimentos de poder e controle da sua doença, não se sentindo sobrecarregadas pela comunidade estigmatizante, e apresentando-se energizadas por esse mesmo estigma (Brohan et al., 2010; Corrigan, 2002).

Através do *empowerment* a pessoa consegue ter um melhor controle sobre o seu tratamento e sobre a sua vida, com a sua auto-estima e a sua auto-eficácia mais elevadas. Assim, em vez do indivíduo ficar dominado pelos seus sintomas e rótulos, consegue encontrar de forma progressiva novos papéis satisfatórios e valorizados quer por si, quer pela sociedade, de forma a adoptar uma atitude positiva e um papel activo no seu processo de recuperação (Corrigan & Calabrese, 2005; Liberman, 2008). O *empowerment* também é necessário para que as pessoas com experiência de doença mental consigam tomar decisões saudáveis sobre as suas vidas. O seu impacto no *self* é tão grande que, apesar do estigma público, as pessoas sentem-se mais capazes, confiantes e adoptam atitudes mais positivas sobre si próprias. Este impacto também pode ser sentido na comunidade, manifestado pelo desejo da pessoa influenciar a estigmatização a que é sujeita numa perspectiva de acção e mudança do contexto onde vive (Corrigan et al., 2008). Para tal, Lysaker e colaboradores (2008a) sugerem a importância do desenvolvimento e articulação de serviços e programas que combatam o estigma através da

promoção do *empowerment*, que forneçam respostas ao nível da ansiedade social, *coping*, depressão e sintomas negativos como o isolamento. Desta forma, as pessoas com experiência de Doença Mental Grave, através deste processo podem fazer parte de serviços na sua comunidade e desempenhar um papel central. Segundo Marques (2007, p. 126), o envolvimento activo das pessoas com disfunções psiquiátricas no processo de recuperação dos pares é referenciado por autores, como Anthony e Pratt, como “*a grande transformação ocorrida nos últimos anos nos sistemas de suporte e prestação de cuidados de Psiquiatria e Reabilitação Psicossocial*”.

Um exemplo paradigmático deste movimento é o modelo *Fountain House*, modelo de reabilitação que é, actualmente, uns dos mais utilizados e cujo programa não pretende providenciar o tratamento para a doença mental, mas sim desenvolver competências nos seus membros. Os participantes de *Fountain House* em Nova York , premiado como o melhor programa de saúde mental comunitária pela Associação Americana de Psiquiatria em 1999, são denominados “membros”, numa atitude menos estigmatizante e mais potenciadora de *empowerment*, do que o rótulo de “doente”. Aos membros é esperado que assumam papéis de responsabilidade, liderança e suporte de forma a cumprir as tarefas essenciais à boa manutenção da casa (House, 1999). É um exemplo de recuperação centrada nos pontos fortes e no desenvolvimento de competências sociais através do envolvimento nas várias actividades que constituem a integração comunitária e não nas fraquezas da pessoa. Segundo Corrigan e colaboradores (2005) programas como estes potenciam de forma significativa o sentimento de poder das pessoas com doença mental, desafiando o auto-estigma com o qual se possam ter que defrontar.

2.4. Abordagem baseada na Gestão da doença

Apesar de um dos mitos relacionados com a doença mental ser a ideia de que a psicopatologia relacionada com a Doença Mental Grave é estática e

imutável, actualmente é consensual que a pessoa se pode deparar com fases de pior ou melhor funcionamento psicossocial (Corrigan & Watson, 2004). Na Doença Mental Grave pode-se, assim, assistir a um processo contínuo de busca de funcionalidade em que as pessoas conseguem desenvolver um sentido de satisfação, normalidade e propósito na vida (Hinshaw, 2007; Liberman, 2008). Este processo de recuperação com progressos ao longo do tempo é marcado por vários desafios e pelo desenvolvimento de resiliência. Envolve esforços persistentes em gerir os sintomas e as restrições na funcionalidade decorrentes da doença mental, que segundo Liberman (2008) serão atenuados na presença de características objectivas e experiências subjectivas como a esperança, o *empowerment*, a espiritualidade, a auto-ajuda, o suporte social promovido pelos pares e a diminuição da estigmatização. McFarlane (2002) ressalta que nas perturbações psicóticas, a personalidade e a experiência anterior vão influenciar o controlo que a pessoa obtém sobre a sua doença. O resultado final vai ser condicionado pelo desejo da pessoa reaver a sua estabilidade mental, bem como pela sua resiliência na tentativa de manutenção e reconstrução dos relacionamentos sociais e papel profissional. Quanto menos os sintomas psicóticos e experiências decorrentes alterarem a personalidade e condicionarem o funcionamento cognitivo, maior é a probabilidade do processo de recuperação ter sucesso. Para tal, a pessoa com experiência de doença mental deve ser ajudada a descobrir ou redescobrir as suas capacidades e pontos fortes para alcançar os seus objectivos pessoais e para desenvolver um sentido de identidade que lhe permita crescer para além da sua doença. Segundo Anthony (1993) este processo envolve o desenvolvimento de novos significados e objectivos de vida para além dos potenciais efeitos catastróficos da doença mental.

Alguns dos aspectos directamente relacionados com o processo de recuperação e cruciais para uma intervenção dirigida ao auto-estigma são o desenvolvimento da auto-confiança, da auto-estima, da alegria de viver, do bem-estar, da esperança e do optimismo. Estes aspectos estão por sua vez dependentes de competências eficazes de gestão da doença e do stress no dia-a-dia (Liberman, 2008; Mueser et al., 2002). Tradicionalmente, os programas de gestão da doença fornecem informação e ensinam estratégias

para a adesão ao tratamento, gestão de sintomas e prevenção de recaídas entre outros temas. Hasson-Ohayon e colaboradores (2011) alertam que este tipo de intervenções deve ser desenhado com especial cuidado no que diz respeito ao auto-estigma que pode surgir juntamente com o *insight*, facilmente promovido por este tipo de programas psicoeducativos.

O cumprimento da terapêutica farmacológica é considerado por Hinshaw (2007) vital para a redução do auto-estigma já que promove a eficácia do tratamento e a prevenção de recaídas. Por um lado, os sintomas mais exuberantes podem ser controlados e reduzidos de forma activa o que também potencia a diminuição do estigma público. Por outro lado, os sentimentos de auto-eficácia, de auto-valorização e de autonomia crescem com o sucesso do tratamento, permitindo interacções sociais mais positivas com e na comunidade. Este sucesso também passa pelo bom prognóstico e pela rapidez de resposta ao tratamento, já que o estigma é potenciado se a pessoa tiver que estar internada vários meses a aguardar a evolução do processo da sua doença ou à espera durante semanas que os psicofármacos surtam efeito (Cancro & Meyerson, 2002). Os agentes de estigma, perante a observação dos benefícios do tratamento eficaz, podem de facto compreender que a mudança é possível e que as pessoas com experiência de doença mental podem vencer as adversidades.

Um exemplo do impacto do treino de competências relacionadas com a gestão da doença na diminuição do auto-estigma e no aumento do potencial de recuperação é o programa “*Illness Management and Recovery*” (IMR), desenvolvido nos EUA com o apoio da *Robert Wood Johnson Foundation* e da organização *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA). Pode ser desenvolvido individualmente ou em grupo, com uma duração de 6 a 10 meses, organizado em dez módulos focando temas como: recuperação; factos sobre Esquizofrenia/ Doença Bipolar e Depressão; modelo de vulnerabilidade e stress; suporte social; gestão da medicação; abuso de álcool e drogas; prevenção de recaídas; gestão de stress; gestão de sintomas e como obter ajuda nos sistemas de saúde mental. O programa cuja construção foi suportada por práticas baseadas na evidência enfatiza o estabelecimento de objectivos individuais de recuperação como motivação para

a aprendizagem de estratégias de gestão da sua própria doença (Mueser et al., 2003; Gingerich & Mueser, 2005).

Em Portugal surge em 2009 o programa “Cuidados Integrados e Recuperação” (CIR) promovido pelo então Alto Comissariado da Saúde Mental do Ministério da Saúde. Dirigido às pessoas com experiência de Doença Mental Grave, o programa consiste numa série de sessões semanais nas quais os profissionais de saúde mental ajudam as pessoas a desenvolver estratégias personalizadas ao nível da gestão da doença e da sua recuperação. São assim abordados os temas: estratégias de recuperação, dados práticos sobre a doença mental (incluindo a temática do estigma), modelo de vulnerabilidade-stress, redes de suporte social, gestão da medicação, redução de recaídas, gestão de stress, gestão de sintomas e resolução de problemas e por último como obter respostas através do Sistemas de Saúde Mental.

2.5. Abordagem baseada na Gestão do Stress

No que diz respeito à gestão do stress a investigação demonstrou que algumas formas de *coping* estão directa e primariamente relacionadas com a origem do conflito ou stress, ou seja, o estigma a que as pessoas com experiência de doença mental são sujeitas no seu dia-a-dia. Este *coping centrado no problema* envolve uma análise reflectida e ponderada do mesmo, bem como a obtenção de suporte emocional e instrumental. Existe ainda o *coping centrado nas emoções* cujas características estão desligadas comportamental e cognitivamente do stress podendo incluir a negação do mesmo (Lazarus & Folkman, 1984). Considerando o auto-estigma da doença mental como um agente potenciador de stress, algumas das estratégias de *coping centradas no problema* poderão passar pela participação num grupo de auto-ajuda ou num movimento de advocacia que activamente lute contra a discriminação. Já as estratégias de *coping centradas nas emoções*, não tão dirigidas a lidar com a origem do problema em si, mas sim com as consequências do mesmo, podem trazer benefícios mas estão mais

consistentemente associadas à angústia e a resultados negativos. Podem promover a ruminação e a preocupação com os preconceitos experienciados, o que pode causar dificuldades em se afastar da dor e do sofrimento. Porém, o *coping centrado no problema* ou proactivo nem sempre é possível e as estratégias de regulação emocional são sem dúvida necessárias. Como exemplo de estratégia benéfica de *coping centrada nas emoções* temos o humor, e como menos benéficas temos a negação e o secretismo resultando no isolamento social (Hinshaw, 2007; Vauth et al., 2007).

Habitualmente o *coping* proactivo requer a capacidade e a vontade da pessoa assumir a sua doença mental, o que nem sempre é fácil, por falta de *insight* ou por razões estratégicas. A investigação actual sugere que as pessoas que resistem ao diagnóstico de doença mental e que são consideradas como tendo falta de *insight*, têm uma melhor auto-estima do que aquelas que aceitam o diagnóstico (Leff & Warner, 2006). Por vezes, pode também ser pensado e propositado não revelar o diagnóstico de doença mental, nomeadamente no contexto laboral. Aliás Corrigan (2005) e Goldberg (2005, cit. por Hinshaw, 2007) argumentam que a revelação da doença a um empregador deve ser feita com precaução e num tempo apropriado. A revelação do diagnóstico pode ter benefícios como a diminuição do stress por ter de manter a sua doença em segredo, mas também pode ter como prejuízo a exclusão social do indivíduo. A resolução de divulgar ou não vai também depender do contexto e do sentido de identidade da pessoa em causa. Kay Redfield Jamison, prestigiada psicóloga norte-americana com o diagnóstico de Doença Bipolar, publicou em 2006 na revista *Lancet* um artigo no qual relata as consequências da publicação do seu livro “*Uma mente inquieta*”, no qual a autora revela a sua doença mental e a respectiva experiência. Para Jamison (2006), apesar da decisão de não revelar a doença ser compreensível e a respeitar, esse comportamento perpetua a percepção social de que a doença mental não tem possibilidade de tratamento e recuperação. Assim, a sociedade apenas conhece e associa a doença mental aos doentes violentos, descompensados psicopatologicamente e afastados da comunidade, sem suspeitar que muitos das pessoas com doença mental, respondem bem ao tratamento, trabalham e funcionam com sucesso na sua comunidade.

Na concepção do CEFVA tivemos em conta estes cinco pressupostos directamente relacionados com a diminuição do auto-estigma, no sentido de uma abordagem educativa inovadora, com recurso ao *B-Learning*, à promoção de uma percepção de grupo positiva, baseada em conhecimentos adquiridos individualmente e em grupo, ao nível da gestão da doença e do stress. Procuramos, assim, facilitar o *empowerment* necessário para que a pessoa com o diagnóstico de Esquizofrenia seja capaz de desenvolver as competências de *coping* requeridas para conseguir lidar melhor com o seu processo de auto-estigmatização, quer individualmente, quer em grupo.

De seguida passaremos a descrever o CEFVA, iniciando por apresentar a metodologia geral do programa que consiste no Sociodrama e no *E-Learning*. Estas duas metodologias reúnem os pressupostos apresentados e são eficazes no ensino das pessoas com doença mental a desafiarem as percepções estigmatizantes que têm de si próprias, integrando-as com as pessoas que as rodeiam (Moreno, 1946; Bidarra, 2009; Larson & Corrigan, 2008; Hinshaw, 2007). No final, iremos descrever as *guidelines* de implementação do programa.

3. Descrição do Programa CEFVA

Um dos princípios do Plano de Acção da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental indica que “os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto determinação e a procura de um caminho pessoal das pessoas com problemas de saúde mental” (CNRSSM, 2007, p.62). Para tal o processo de recuperação é descrito como um processo de mudança de atitudes, valores, significados e objectivos que deve ser empreendido pela própria pessoa, de forma a ultrapassar o estigma, o isolamento e a perda de vínculos sociais. Os programas de intervenção concebidos e dirigidos à Doença Mental Grave devem assim seguir esta visão, com recurso a metodologias e directrizes promotoras do *empowerment*, da

autonomia, da auto-estima e da realização pessoal, como pretende ser o CEFVA.

Para uma melhor compreensão do nosso programa e após a fundamentação e apresentação dos pressupostos orientadores, ao longo deste ponto propomo-nos descrever primeiro o Sociodrama enquadrando-o na obra do seu criador, Jacob Levy Moreno, dando realce ao interesse que esta metodologia acrescenta na intervenção grupal, educativa e sócio-terapêutica da psicose. De seguida apresentamos um enquadramento ao *E-Learning* tendo em conta as particularidades dos processos de aprendizagem multimédia. E num último momento descreveremos as *guidelines* que devem ser utilizadas durante a aplicação do CEFVA.

3.1 Metodologia Geral do CEFVA

Os grupos podem ser desenvolvidos, quer com objectivos educativos, quer terapêuticos ou mesmo com a combinação entre ambos, mas sem dúvida que “*o processo de grupo apresenta vantagens únicas de aprendizagem*” (Torres, 2005, p.125). Atendendo à problemática do auto-estigma da pessoa com experiência de Doença Mental Grave, seleccionamos o Sociodrama como metodologia de intervenção grupal e presencial. Esta abordagem permite trabalhar a mudança de atitudes através da aquisição de novas percepções que ocorrem dentro e através da acção e do treino do desempenho de papéis. Desta forma, o participante é convidado a praticar, durante as dramatizações, novos comportamentos, para depois serem aplicados nos vários contextos da vida, através da expressão profunda, integradora e libertadora da emoção no aqui e agora. Por sua vez a aquisição de conhecimentos também pode ser realizada de uma forma individual, activa e ajustada às características do indivíduo, não necessitando de exposição física, nem de horas marcadas, nem de local obrigatório. A internet e o desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação abriram caminho à inovação e à personalização de conteúdos, que através do *E-Learning*, podem ser aplicados a intervenções psicossociais como é a psicoeducação dirigida à diminuição do auto-estigma. O *E-Learning* é

então a nossa escolha, para a componente de educação à distância do CEFVA.

3.1.1 Sociodrama

É consensual a afirmação de que Moreno nunca deixou escrito um modelo teórico consistente e bem sistematizado que suportasse o seu trabalho. Porém, subscrevemos as palavras de Marineau (1989, p. 9) quando nos diz que *“a filosofia e as teorias elaboradas por Moreno não são apenas fascinantes; são muito mais coerentes do que ele deixou transparecer”*. É assim bem visível o esforço de Moreno em sistematizar a teoria e os métodos psicodramáticos através das suas obras que constituem indubitavelmente um legado valioso. Nelas o autor transmite uma mistura de pensamentos, teorias, experiências e técnicas que ao longo dos tempos têm vindo a organizar-se em torno de uma terminologia construída pelos seus continuadores. É através desta que pretendemos de seguida analisar o Sociodrama, metodologia psicodramática escolhida para a componente grupal do CEFVA, à luz do nosso entendimento, com a vida e as palavras de Moreno como pano de fundo.

3.1.1.1 Definição e considerações gerais

Durante a sua vida, Jacob Levy Moreno (nascido em Bucareste, Roménia em 1889 e radicado em Viena, Áustria, onde fez a sua formação como médico e psicoterapeuta) desenvolveu um trabalho notável em torno de um conjunto de teorias inovadoras da sua autoria. Com elas propôs-se *“estabelecer uma ponte entre a psiquiatria e as ciências sociais que conseguisse transcender as limitações da Psicanálise, do Behaviorismo e da Sociologia”* (Moreno, 1946, p. 24). Moreno criou métodos pioneiros de intervenção e compreensão do ser humano através da força do grupo, da acção no palco e da exploração dos papéis, quer individuais, quer colectivos, destacando-se entre estes o Psicodrama e o Sociodrama (Sternberg & Garcia,

2000). Em 1913, ainda estudante de medicina na Universidade de Viena, já demonstrava grande sensibilidade e motivação para combater o estigma e a falta de direitos de grupos discriminados, nomeadamente as prostitutas vienenses às quais era negada a admissão em hospitais, bem como os direitos legais como os que assistiam aos outros cidadãos. De forma inovadora e destemida, o jovem estudante organizou grupos de oito a dez prostitutas, que se reuniam duas a três vezes por semana e nos quais tinham oportunidade de partilhar as suas preocupações, bem como dar e receber suporte. Foi através da observação sistemática da evolução destes grupos que Moreno começou a desenvolver as suas primeiras percepções sobre o funcionamento dos grupos e sobre como os aspectos colectivos e individuais dos papéis podem aproximar as pessoas (Sternberg & Garcia, 2000). Em 1921 ainda em Viena, mas já como médico, após ter trabalhado com refugiados, crianças, famílias e comunidades, Moreno teve oportunidade de explorar os sentimentos de aproximação, repulsa e neutralidade, que deram origem aos primórdios da Sociometria¹². Esta emblemática descoberta de Moreno refere-se à medição das escolhas interpessoais e intergrupais que, segundo Stenberg e Garcia (2000) constitui a base da estrutura da sessão de Sociodrama: como é que os membros do grupo interagem, que temas escolhem as pessoas explorar e de que forma escolhem fazê-lo.

No mesmo ano, surge outra criação valiosa do autor: o Teatro da Espontaneidade “*Das Stegreiftheater*”, que para o próprio constituía “o verdadeiro locus do teatro” (Moreno, 1946, p. 75). Neste tipo de teatro, ao contrário do que era tradicional, os actores não tinham papéis decorados e a improvisação era o mais importante, já que embora os papéis existissem os actores tinham liberdade de criar os diálogos e a acção no palco. Foi a partir daqui que em 1923 o Teatro Terapêutico nasceu e que segundo Soeiro (1995, p. 20) se deu a grande “*descoberta de Moreno*”: a que o teatro podia modificar o comportamento das pessoas. Tal sucedeu pela primeira vez com a sua mítica actriz “*Bárbara e seu marido Georg*” que melhoraram o seu relacionamento

¹² A sociometria é uma metodologia que permite a mensuração dos relacionamentos humanos e oferece a possibilidade de estudo e medição de relacionamentos que existem entre indivíduos em grupo. Trata-se de uma “*forma direta e eficiente de mensuração, pois promove uma simbolização numérica e gráfica (sociogramas) que pode mapear claramente as relações em grupo*” (Carvalho, 2008, p.71).

conjugal problemático, a partir do Teatro da Espontaneidade, graças à intervenção inovadora e arrojada de Moreno no palco, constituindo esta intervenção, para o próprio, um dos “berços do psicodrama” (Moreno, 1946, p.52).

Ainda no que diz respeito ao nascimento do Psicodrama, Moreno (1946) reporta a sua primeira sessão ao dia 1 de Abril de 1921, apontada historicamente por Marineau (1989) como a primeira demonstração de Sociodrama. Num teatro em Viena, Moreno tentou encontrar novas alternativas de organização e abertura ao nível político e social para o povo austríaco, que nos pós guerra sofria problemas com a frágil liderança nacional. Após anunciar o evento no jornal, Moreno reuniu num teatro, todo o tipo de pessoas (agentes da autoridade, políticos, estudantes, pessoas do teatro e amigos seus) com o objectivo de lhes dar voz. Com a sala cheia e após a abertura das cortinas, o público deparou-se no palco com um trono, uma coroa, um manto e Moreno, vestido de bobo da corte (Marineau, 1989, p.80): *“Moreno apresentou-se e disse ao público que estava a procurar o rei. Estava a procurar o tipo de pessoa que não se coroa a si própria, mas emerge naturalmente da multidão; pessoa cuja sabedoria indica-a como escolha natural para liderar. Convidou então as pessoas para subirem ao palco para falar das suas ideias sobre o líder e sentarem-se no trono se quisessem”*. O público, nada acostumado com este tipo de propostas, declinou o convite, e foram poucos os que pisaram o palco. A curiosidade inicial deu lugar à inquietação, à impaciência e à irritação e o abandono do teatro foi precoce, transformando a noite num desastre e no desapontamento de Moreno. Marineau (1989) atribui a falha desta primeira histórica sessão à eventual pouca vontade ou pouca disposição das pessoas para a troca de papéis, ou à própria incapacidade de Moreno para prever a dificuldade implicada na liderança de uma multidão tão numerosa e heterogénea. Porém, ressalta também a vontade com que Moreno ficou em refinar a técnica para a continuar a desenvolver, apesar do sarcasmo da imprensa a que foi sujeito: *“A imprensa vienense, na manhã seguinte, mostrou-se muito perturbada com o incidente. Perdi muitos amigos mas registei, calmamente: “Ninguém é profeta na sua própria terra”, e continuei com as*

minhas sessões perante assistências de países europeus e nos Estados Unidos” (Moreno, 1946, p. 50).

Em 1925 Moreno emigra para os EUA, levando na bagagem a metodologia psicodramática e a esperança de vender uma invenção sua desenvolvida na Áustria durante três anos, um aparelho de gravação de som “Radio Film”. Ambas as invenções não captaram qualquer entusiasmo e apesar da ajuda e companhia de seu irmão mais novo William, que também lutava para se estabelecer em Nova York, não conseguiu obter um visto de permanência. Enfrentou nos primeiros anos dificuldades económicas, de adaptação à língua e ao estatuto de médico emigrante. Sem emprego, sem autorização para praticar medicina, sem dinheiro, teve de recorrer a estadias no Canadá em busca de novos vistos temporários, escondendo-se de funcionários da emigração e de antigos credores austríacos. Em 1927 regressou aos EUA onde com alguma sorte e “*compelido a utilizar toda a sua energia e recursos*” (Marineau, 1989, p.105) conseguiu o certificado para exercer medicina, casando mais tarde por conveniência e adquirindo finalmente o estatuto de cidadão americano em 1934.

Em Nova York, em 1936, tinha dois consultórios onde praticava medicina. Num dos quais realizava consultas gratuitas às pessoas mais carenciadas. Dava aulas e investigava numa Universidade e fazia algumas experiências com o Teatro de Improviso (Fox, 2002; Marineau, 1989). Mas é em Beacon, uma pequena cidade a 100 km de Nova York, que as teorias de Moreno obtêm grandes repercussões, quando lhe foi oferecido um imóvel, no qual conseguiu alcançar a construção do primeiro teatro terapêutico, que funcionava junto da sua clínica psiquiátrica e do seu instituto de formação, o então *Beacon Hill Sanatorium* rebatizado mais tarde como *Moreno Sanatorium*. Foi aqui que a metodologia psicodramática foi aperfeiçoada “*Beacon foi para a história do psicodrama e da psicoterapia de grupo em instituições o que os consultórios de Freud em Bergasse foram para a Psicanálise: lugar de nascimento, um terreno fertilíssimo para o desenvolvimento da sociatria, o teatro substituindo o divã, a comunidade se estendendo além dos limites da díade terapêutica*” (Marineau, 1989, p. 143).

Moreno sempre foi crítico em relação ao nascimento tardio da psicoterapia de grupo na história da psiquiatria. Para ele, já desde o século XVII, a premissa da medicina assentava na convicção de que o lugar da doença física era o organismo individual. Mais tarde, no início do século XX, com a Psicanálise, na época tão conceituada, teria sido confirmada a ideia errada de que a doença psíquica apenas acontecia no individual. Assim, não era reconhecida nenhuma situação de grupo que exigisse um diagnóstico e tratamento diferenciados. Moreno (1946), neste sentido, criticou também a Antropologia e a Sociologia, porque apesar de terem uma visão teórica mais grupal do que individual, ambas não conseguiram na prática fazer frente à Psicanálise. De facto, a psicoterapia individual na época, não estava acessível a toda a população, já que a realidade económica tornava isso impossível e Moreno pretendia criar abordagens que chegassem a todos os grupos e sistemas sociais. Daí a sua aplicabilidade não só no campo da terapia, mas também na educação, nas empresas, na religião e noutros campos sociais (Blatner, 2008). Desta forma o desenvolvimento das metodologias psicodramática e sociodramática é considerado um marco importante de Moreno na ruptura com as concepções individualistas da época, decisivo na valorização do grupo, já que neste o indivíduo tanto pode ser um instrumento para diagnóstico como um agente terapêutico para tratar os outros sujeitos (Fox, 2002; Marra, 2004; Moreno, 1946).

Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o director, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, *“espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo”* (Moreno, 1946, p. 17), o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista *“é solicitado a ser ele mesmo (...) a retratar o seu próprio mundo privado”* (Moreno, 1946, p. 18) e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais. O terceiro instrumento é o director que age directamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de *“estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça em acção dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca*

contacto com o público” (Moreno, 1946, p. 19). Os ego-auxiliares “são extensões do director, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital” (Moreno, 1946, p. 19). Finalmente, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco “quando ajuda o paciente, é um sólido painel de opinião pública (...) Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando o público é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo” (Moreno, 1946, p. 19).

Apesar de existirem muitas similaridades entre o Sociodrama e o Psicodrama existem também características próprias de cada método que nos ajudaram a seleccionar a intervenção mais útil para a realização do nosso trabalho e criação do CEFVA. No Sociodrama, uma das mais significativas particularidades e distinção relativamente ao Psicodrama é que o protagonista é o grupo (Marineau, 1989). Enquanto no Psicodrama o foco está dirigido ao individual e aos conflitos de papéis privados de cada indivíduo no seu dia-a-dia, no Sociodrama os membros do grupo exploram os conflitos inerentes aos relacionamentos decorrentes dos papéis comuns e partilhados pelo grupo (Blatner & Blatner, 1997; Sternberg & Garcia, 2000). Desta forma, o Sociodrama não considera os indivíduos como o foco da atenção terapêutica, mas sim as suas relações (Rojas-Bermudéz, 1997). Ou seja, segundo o próprio Moreno (1943, p. 411), “o psicodrama foi definido como um método de acção profunda, lidando com as relações interpessoais e as ideologias particulares, e o sociodrama como um método de acção profunda que trata das relações intergrupais e das ideologias colectivas”.

Fonseca (2000, p.180), assumindo que há dificuldades em discriminar as modalidades de acção do modelo psicodramático apresenta uma solução pragmática e curiosa para este impasse, ou seja defini-las segundo o contrato de trabalho que se estabelece com o grupo, de forma mais ou menos implícita “defino psicodrama (terapêutico), *strictu sensu*, se há um contrato para tratar

peessoas no grupo; como sociodrama, se o contrato se refere ao tratamento de um grupo que apresenta dificuldades relacionais". Porém, coloca ambas as formas sob a égide do, por ele designado, Psicodrama Contemporâneo.

O Psicodrama, nesta perspectiva, "coloca o paciente num palco onde ele pode exteriorizar os seus problemas com a ajuda de alguns actores terapêuticos. É um método de diagnóstico, assim como de tratamento. Um dos seus traços característicos é que a representação de papéis inclui-se organicamente no processo de tratamento. Pode ser adaptado a todo e qualquer tipo de problema, pessoal ou de grupo, de crianças ou adultos. É aplicável a todos os níveis de idade. Mediante o seu uso, é possível chegar perto da solução de problemas de infância, assim como dos mais profundos conflitos psíquicos. O psicodrama é a sociedade humana em miniatura, o ambiente mais simples possível para um estudo metódico da sua estrutura psicológica. Através de técnicas como as do ego auxiliar, da improvisação espontânea, da auto-apresentação, do solilóquio, da interpolação de resistências, revelam-se novas dimensões da mente e, o que é mais importante, elas podem ser exploradas em condições experimentais" (Moreno, 1946, p.231).

Contudo, foi o Sociodrama que abriu novos caminhos à análise e ao tratamento dos problemas sociais, porque segundo o seu progenitor *"era necessária uma forma especial de psicodrama que projectasse o seu foco sobre os factores colectivos"* (Moreno, 1943, p.412). Surge assim o Sociodrama, cuja função principal para Zuretti (1995) é permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução: no nosso caso, o auto-estigma. Do ponto de vista educacional, o Sociodrama é considerado um processo de aprendizagem em grupo que aproxima os participantes a partir das características comuns da experiência humana. Dá desta forma abertura aos pensamentos, sentimentos e esperanças dos participantes, dando a oportunidade de eles aprenderem mais sobre si próprios, sobre o mundo e sobre o seu papel no mesmo. Possibilita ao participante vivenciar a alegria de desempenhar o papel do outro, bem como aprender a expandir de forma libertadora os seus próprios papéis na vida, de forma não ameaçadora e sem julgamentos (Sternberg & Garcia, 2000). O

Sociodrama é “calculado para ser educativo, clarificador e fornecedor de energia para todos os membros, para servir como estímulo à espontaneidade, criatividade, amor e empatia” (Moreno, 1953, p. 88). Na prática, o Sociodrama na educação pode parecer reflectir um novo conceito, mas de facto a sua existência é reportada por Sternberg e Garcia (2000, p.151) ao final da primeira metade do século XX quando citam o trabalho de Robert Bartlett Haas em 1949 “*Psychodrama and Sociodrama in American Education*”. A propósito desta metodologia, tão única como eficaz, as autoras reforçam o poder do Sociodrama em proporcionar uma aprendizagem tanto vivencial como cognitiva, facilmente adaptável a variáveis contextos de ensino e a diferentes populações como aquela objecto do nosso estudo: “uma das belezas do sociodrama é que em vez de ouvirem uma palestra sobre o que é certo ou errado, os participantes podem encontrar as respostas certas para si, na sua fase específica de desenvolvimento” (Sternberg & Garcia, 2000, p. 156).

Quando Moreno começou a desenvolver o Sociodrama, mantinha a esperança de que através deste método conseguiria mudar o mundo de forma a alcançar uma sociedade mais humana, compreensiva e compassiva. Em 1943, Moreno teoriza sobre o Sociodrama e escreve na revista, fundada por ele em 1937, *Sociometry*, o capítulo “*The Concept of Sociodrama*” reflexo da sua contínua preocupação com o bem-estar colectivo e a paz no mundo, ameaçados pelas guerras e conflitos intra e inter-nações (Moreno, 1943, cit. por Sternberg & Garcia, 2000). Kellerman (1998) critica esta visão referindo que mais do que uma ferramenta para resolução dos conflitos interculturais o Sociodrama é uma ferramenta para promover a comunicação intercultural e um procedimento eficaz para a intervenção social. Apesar do sonho de Moreno não ter sido alcançado, o Sociodrama pode fazer a diferença e obter sucesso em várias áreas. Blatner (2008) realça este método como um veículo vivencial e holístico, que tanto as empresas como as escolas podem utilizar para a aprendizagem de habilidades emocionais e sociais e apresenta uma listagem de estratégias para este fim das quais destacamos: “Treino da espontaneidade geral, de forma a ajudar as pessoas a improvisar no pensamento e no comportamento”; “Aprendizagem da comunicação não verbal: como as pessoas podem usar o corpo, o rosto e a acção para se expressar de forma

congruente e para identificar as incongruências alheias”; “Treino da assertividade: aprendizagem das maneiras de estabelecer vínculos e obter a atenção dos outros de forma modulada”; “Treino da empatia, com a utilização da inversão de papéis para a compreensão do outro”; “Análise de papéis, com participação nas dramatizações através do duplo e jogos sociodramáticos para explorar papéis sociais com os quais não se tem familiaridade”; “Treino de papéis, através da utilização da retroalimentação, modelos e repetições com o objectivo de aprender comportamentos úteis para uma entrevista de emprego ou para agir em situações sociais novas”; “Resolução de conflitos, através da aprendizagem de formas de conseguir apoio, esclarecer problemas e negociar”; “Autoconhecimento, com utilização do solilóquio, espelho, duplo e outras técnicas”.

3.1.1.2 O Sociodrama no tratamento da psicose em grupo

O Sociodrama, segundo Zuretti (1995) expressa e resume alguns dos maiores interesses de Moreno como a integração social de grupos minoritários, as relações entre os seus próprios conflitos e os da matriz social que os contém, bem como a sua influência mútua. Por conseguinte, esta metodologia é considerada ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objecto do nosso trabalho: a Doença Mental Grave e o auto-estigma. Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da acção os temas do seu interesse comum (Sternberg & Garcia, 2000). De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (Marineau, 1989).

Moreno (1943, p. 413) enfatizou os papéis sociais e culturais que todos os seres humanos de alguma forma compartilham na vida e que na sessão de Sociodrama constituem simultaneamente dois dos principais instrumentos, o protagonista e o público: *“é o grupo, como um todo, que tem de ser colocado*

no palco para resolver os seus problemas, porque o grupo, no sociodrama, corresponde ao indivíduo no psicodrama. Mas como o grupo é apenas uma metáfora e não existe per se, o seu conteúdo real são as pessoas inter-relacionadas que o compõem, não como indivíduos privados mas como representantes da mesma cultura". O conceito de papel, proveniente do teatro, é fundamental na teoria de Moreno (1946, p. 27) e no próprio entendimento do Sociodrama, referindo-se à *"forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objectos estão envolvidos"*, constituindo uma importante unidade cultural de conduta. Já Soeiro (1995) destaca o papel como a via de comunicação da personalidade com o meio ambiente, pois o desempenho de papéis é a forma do ser humano se relacionar com o mundo.

Esta linha de pensamento baseia-se na conceptualização do esquema de papéis de Rojas-Bermudez (1970), no qual os papéis são considerados prolongamentos do Eu, através dos quais se relacionam com os seus papéis complementares (por exemplo: pai-filho, comprador-vendedor, terapeuta-doente) dando origem a um vínculo (de filiação, comercial, terapêutico). Fonseca (2000) acrescenta que quando o vínculo é espontâneo e criativo existe uma inversão natural dos papéis, já que a relação fluente é caracterizada pela flexibilidade de um dos indivíduos se poder colocar no lugar do outro. Por outro lado, quando a relação é imposta e autoritária a inversão de papéis não acontece no duplo sentido. Este facto assume particular importância no caso dos doentes psicóticos. Roma Torres (1994) diz que numa perspectiva que qualifica como sociológica a própria doença pode ser considerada um papel, subdividindo o papel de doente em papel de depressivo, de obsessivo, de paranóide e de histérico. Desta forma faz uma ponte entre a psicopatologia e o papel, útil no desenvolvimento de papéis/ competências no contexto dramático. É também interessante a perspectiva de Sternberg e Garcia (2000) quando afirmam que uma das grandes alegrias em se ser humano é que se consegue adquirir novos papéis de uma forma continuada ao longo da vida, bem como modificá-los quando necessário. Para tal sugerem o Sociodrama como o método ideal para que, em contexto laboratorial, os participantes experimentem

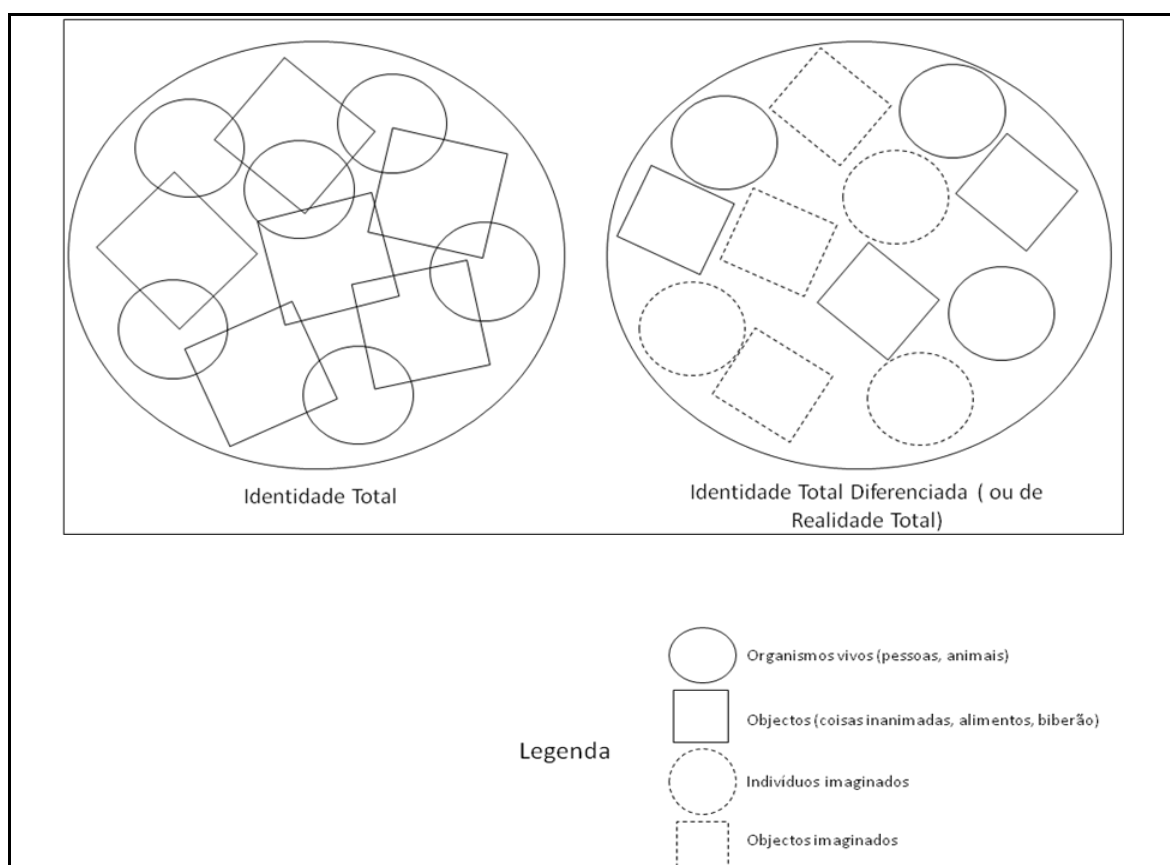
velhos e novos papéis, de forma a obterem perícia e flexibilidade nas variadas situações da vida.

O desempenho de papéis é, segundo Moreno (1946, p.25) anterior ao aparecimento do Eu: “*os papéis não emergem do eu; é o eu quem, todavia, emerge dos papéis*”. Para uma melhor compreensão deste processo, central na componente grupal do CEFVA, passamos de seguida a analisar o conceito de matriz de identidade, um dos núcleos básicos do pensamento moreniano que traduz uma verdadeira área de vínculos. Recuemos então ao nascimento do bebé, após o qual, de acordo com Moreno, surge perante a criança recém-nascida um mundo indiferenciado que constitui a sua placenta social: a matriz da identidade (Menegazzo et al., 1995). Fonseca (2000) descreve esta importante matriz como a rede relacional primária da criança que provê os elementos para a formação das características do futuro adulto. Graças à matriz de identidade, a criança consegue diferenciar-se da mãe e desenvolver uma identidade psíquica própria, preparando-se para uma nova e exigente etapa relacional: a da integração na família e no seu contexto social (Zuretti, 1995). Desta forma na matriz de identidade assiste-se a uma tentativa esforçada e contínua de organização dos papéis, que sendo precursores do Eu, se dividem em três tipos (Moreno, 1946): fisiológicos ou psicossomáticos (o que come, dorme, exerce actividade sexual, etc.), psicológicos ou psicodramáticos (o fantasma, a fada, o super-homem, etc.) e sociais (o pai, o amigo, o professor, etc.). Fonseca (2000) sublinha que são os papéis psicossomáticos e os psicodramáticos que constituem a estrutura interna básica dos papéis sociais, com os quais o indivíduo se vai relacionar na vida adulta e que pretendemos ajudar a organizar nos participantes do nosso estudo.

Regressando à primeira etapa da matriz de identidade do bebé “Identidade Total” (Figura 3), verifica-se que nesta não ocorre uma diferenciação entre o interno e o externo, entre os objectos e as pessoas, entre a psique e o meio. Lima e Liske (2003, cit. in Veiga, 2010) referem que é nesta matriz que a criança passa por aquecimentos preparatórios para os seus actos, pois “*o biberão pertence à mão que o segura e ambas pertencem aos lábios no acto de mamar. As configurações que a criança experimenta são determinadas*

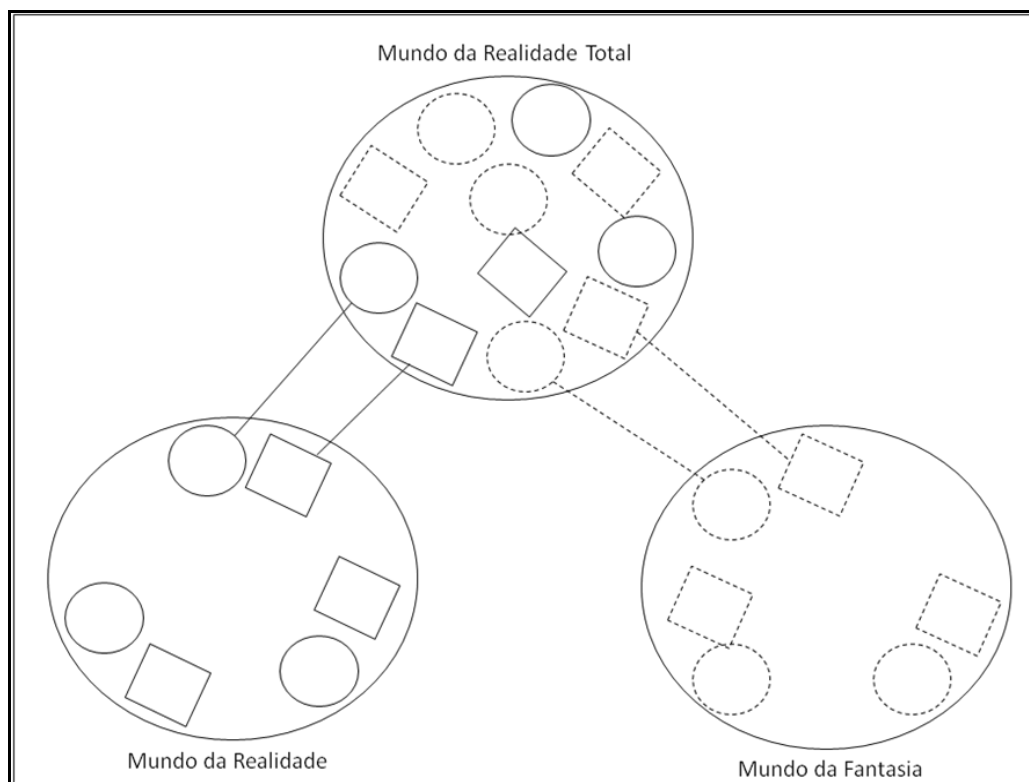
por actos; quer dizer, ela associa as partes de pessoas e coisas que se movem até ela como pertencentes a uma multiplicidade vinculada ao acto desse momento” (Moreno, 1946, p. 126). Com o desenvolvimento do bebé e com a diferenciação da matriz, os objectos e as pessoas começam a actuar separadamente e a matriz de identidade torna-se diferenciada, mas tudo o que é imaginado (pessoas, objectos) continua a ser percebido como igualmente real: “Identidade Total Diferenciada”. A criança já percebe a diferença entre o biberão e a mãe, mas acha que o boneco que fala também faz parte do seu mundo real. Ora, Moreno (1946) considera que os alicerces dos processos de aprendizagem emocional estão criados quando a criança começa a diferenciar a fantasia da realidade, o que é real do que é imaginado e a dependência da mãe começa a diminuir, assistindo-se a um ganho de autonomia.

Figura 3. Desenvolvimento da Imagem do Mundo da Criança (Moreno, 1946, p. 126)



Este ponto do desenvolvimento infantil, que Moreno (1946, p. 123) designou como “*Brecha entre a Fantasia e a Realidade*” (Figura 4) é vital para que a criança organize as suas formas de agir e sem ter que abandonar o mundo da fantasia em favor do mundo da realidade ou vice-versa, consiga estabelecer controlo sobre a situação, bem como adquirir a perícia necessária para conseguir transferir-se de um mundo para o outro: “*o primeiro universo termina quando a experiência infantil de um mundo em que tudo é real começa a se decompor em fantasia e realidade. Desenvolve-se rapidamente a construção de imagens e começa a tomar forma a diferenciação entre coisas reais e coisas imaginadas*” (Moreno, 1946, p.115). Esta capacidade de diferenciar a realidade da fantasia vai promover a capacidade de sonhar, de imaginar e constitui o embrião da capacidade de pensar (Zuretti, 1995).

Figura 4. Matriz da Brecha entre a Fantasia e a Realidade (Moreno, 1946, p. 128)



Surgem, entretanto, várias etapas desenvolvimentais: o choro, o riso, as experiências de angústia frente a estranhos, até que a criança começa a

alternar a concentração no outro com a concentração em si própria e a reconhecer-se ao espelho, adquirindo um maior controlo sobre o meio e sobre as trocas permanentes que faz com ele. Até que finalmente, chega a última etapa da matriz de identidade, aquela que possibilita à criança fazer a inversão de papéis e se colocar no lugar do outro (Moreno, 1946; Zuretti, 1995). É aqui que a criança começa a consolidar a base psicológica para todos os processos de desempenho de papéis: *“o desenvolvimento da estratégia de inversão da criança é um indicador de autonomia obtida em relação ao ego auxiliar, à mãe ou à mãe substituta. Significa o primeiro passo na emancipação da criança de dependentes, se não de facto, pelo menos na sua imaginação. Reforça também as imagens de “um dia serei grande”, para fazer tudo por si mesma sem a ajuda de um ego auxiliar. A fase inicial de co-experiência e colaboração com o ego mais forte proporciona à criança um incentivo para a acção independente”* (Moreno, 1946, p.114). Desempenhar o papel do outro não é portanto uma aquisição abrupta mas sim desenvolvimental e todas estas etapas de maturação da matriz da identidade continuam a aperfeiçoar-se ao longo da vida.

De facto, o desempenho saudável dos vários tipos de papéis são fundamentais para a consolidação do Eu, já que Moreno (1946, p.26). considera que *“os papéis psicossomáticos, no decurso das suas transacções, ajudam a criança pequena a experimentar aquilo a que chamamos “corpo”; que os papéis psicodramáticos a ajudam a experimentar o que designamos por “psique”; e que os papéis sociais contribuem para se produzir o que denominamos “sociedade”. Corpo, psique e sociedade são, portanto, as partes intermediárias do eu total”*. No que diz respeito aos papéis sociais, muito relevantes para o Sociodrama e para o trabalho desenvolvido na psicose, é através deles que se estabelecem os vínculos com os papéis complementares de outras pessoas, e quando a criança entra em contacto com um meio que permite a sua integração como *“pessoa social, socializada e socializante”* estamos perante a sua matriz social (Zuretti, 1995, p. 109). Esta é constituída por várias matrizes grupais, desde a familiar à institucional, que respondem a necessidades individuais, de pequenos grupos, de uma sociedade ou de uma cultura e que se inter-relacionam. Por isso, segundo a teoria psicodramática, na

matriz social, o indivíduo desempenha os seus papéis sociais na relação com os outros, que de forma mais ou menos significativa o rodeiam e constituem o seu átomo social (Fonseca, 2000; Moreno, 1946).

Fonseca (2000), a propósito do estudo da evolução dos grupos (terapêuticos e não terapêuticos) colocou a possibilidade de se aplicar aos mesmos as fases do desenvolvimento da matriz da identidade definidas por Moreno, e para Fonseca (2000, p.120), a matriz de identidade é grupo, na medida em que é constituída por várias pessoas do contexto familiar e social da criança e pela energia relacional que as envolve (a já referida placenta social), propondo considerar-se a evolução dos grupos segundo quatro fases: “1) fase de indiferenciação (as pessoas não se conhecem, estão ansiosas, temem a vida grupal); 2) fase de reconhecimento grupal (as pessoas começam a perceber-se e a perceber os outros no grupo); 3) fase de triangulação (aparecimento de triângulos grupais, frequentemente, em relação ao coordenador); 4) fase de circularização/ inversão (surge uma identidade grupal, o eu-eles dá lugar ao eu-nós)”.

De facto desempenhar um papel implica sempre a conotação da presença de um “outro”, já que para cada papel existe um papel complementar. Do encontro entre duas pessoas surge o vínculo. Fonseca (1980, p. 78) refere que na situação do doente psicótico, o desempenho de papéis e a criação de vínculos estão condicionados, observando-se dificuldades manifestas na inversão de papéis que se pode apresentar ameaçadora e invasora. Observou na sua prática clínica que os doentes psicóticos, quando crónicos e com grande deterioração, apresentam sérias dificuldades em conseguir realizar a inversão de papéis, enquanto aqueles em que se verifica uma conservação da personalidade entre episódios psicóticos, já o poderão fazer “nas remissões de surtos esquizofrénicos, quanto mais intensos os “defeitos”, maiores serão as dificuldades (...) quanto mais atingida a personalidade pela doença, maior a dificuldade para jogar e inverter papéis, no Psicodrama e na Vida”. Ora, segundo Moreno (1946) o ser humano sofre e angustia-se principalmente quando não pode desempenhar todos os seus papéis, porque estes pressionam-no quando não são desempenhados na íntegra exigindo a sua

realização. Segundo Fonseca (1980), no caso do doente psicótico, esta angústia e pressão apresentam-se no máximo.

No desempenho de papéis existem dois factores de grande importância na teoria psicodramática e que podem aumentar a sua mestria: a espontaneidade e a tele. Sem a espontaneidade, a relação do indivíduo com os objectos e com as pessoas, pode ficar comprometida, reflectindo-se nas suas dificuldades de adaptação, flexibilidade e ajustamento a novas situações: “*a esta resposta de um indivíduo ante uma situação nova e a nova resposta a uma situação velha – chamamos espontaneidade*” (Moreno, 1961, cit. in Fonseca, 1980, p. 12). Estas dificuldades relacionais, tão presentes na psicose, podem condicionar seriamente a interacção social e promover a procura do isolamento. Torna-se então pertinente analisar o entendimento moreniano do isolamento no que diz respeito ainda à matriz de identidade.

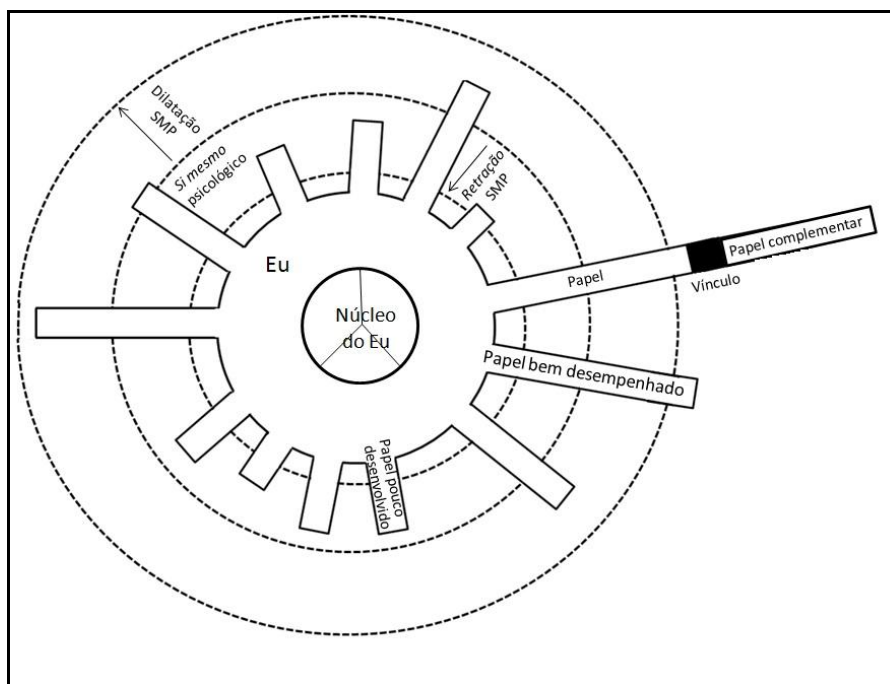
Na sua fase mais primitiva e indiferenciada, Moreno refere que o bebé quando nasce ainda não possui o sentido de proximidade e distância, mas à medida que este se desenvolve, a criança começa a sentir-se atraída ou a repelir objectos e pessoas até que adquire a capacidade de se relacionar à distância com o não-Eu. Moreno atribui a este acontecimento o “*primeiro reflexo social*” que indica o aparecimento do factor tele, referindo-se a este como o “*núcleo das forças sociais do indivíduo*” (Moreno, 1946, p.119). Para Soeiro (1995), tele é a capacidade do indivíduo perceber o outro com objectividade e sem distorções durante uma relação. Zuretti (1995) descreve o conceito como a energia de atracção existente entre dois ou mais seres humanos que estabelecem um vínculo através de uma relação espiritual, física, psíquica, histórica ou intelectual. Por sua vez, para Kellerman (1992, p.102) a tele não engloba apenas os aspectos da atracção, mas também os aspectos repulsivos das relações interpessoais e traduz o encontro autêntico, uma espécie de “*química interpessoal*”. Já Marineau (1989) ressalta a importância vital da sua existência para a eficácia do trabalho de grupo. Por conseguinte, o conceito de tele, do ponto de vista sociométrico é apontado como iniciador dos relacionamentos interpessoais, interrompendo o isolamento do bebé, presente desde a sua fase embrionária até passado algum tempo depois de nascer. Mas Moreno (1946, p.122) lembra que algumas crianças perpetuam o padrão de

isolamento orgânico mantendo uma tendência para o isolamento social ao longo do crescimento: *“uma considerável percentagem de indivíduos manifesta a tendência para serem postergados ou isolados em grupos durante a vida inteira”*. Fonseca (1980, p.81 e p.102) associa a alteração da tele aos doentes psicóticos, referindo que *“o psicótico não capta adequadamente o seu mundo circundante (...) não consegue actuar no sentido de sair de si e ir ao encontro do outro (...) no desespero da sua solidão”* *“Euística” pode criar um Tu delirante-alucinatório para acompanhá-lo*. Surge assim o isolamento como um dos comportamentos mais frequentes e mais difíceis de reverter.

Jaime Rojas-Bermúdez, o maior divulgador do Psicodrama na América Latina (nascido em 1926 na Colômbia) e discípulo de Moreno, criou uma obra de destaque com conceitos teóricos fundamentais no que diz respeito ao trabalho com psicóticos. Em 1969, editou o livro *“Titeres y Psicodrama”*, no qual na sua introdução, se podem ler as palavras elogiosas de Moreno (1969, cit. in Rojas Bermudez, 1970, p. 18) ao seu trabalho, no Hospital Nacional José T. Borda em Buenos Aires, através dos *“objectos intermediários”* (fantoques, máscaras): *“este volume é um testemunho do crescente desenvolvimento criativo da pesquisa clínica no campo do psicodrama na América do Sul, que está a ocupar uma posição cada vez mais preponderante em todo o campo da psicoterapia”*. Esta abordagem inovadora abriu novos caminhos no tratamento dos doentes psicóticos crónicos e no estabelecimento de uma comunicação inofensiva com o seu mundo próprio (Rojas-Bermudez, 1970). Para Rojas-Bermudéz (1997), a comunicação com o doente psicótico está, em maior ou menor grau, perturbada, não só ao nível verbal, mas também ao nível dos seus aspectos não verbais: expressão paraverbal e distância física interpessoal. Desta forma, a aproximação física pode ser entendida como uma invasão. Para o autor, a utilização dos objectos intermediários, como os fantoches, baseia-se na sua inocuidade, simplicidade e firmeza que permitem ao indivíduo psicótico focalizar neles a sua atenção exigindo menor elaboração para captar e decodificar as mensagens verbais provenientes aparentemente do objecto. Também as máscaras ou as túnicas, para cobrir o rosto ou o corpo, são apontados por ele como bons doseadores dos estímulos e facilitadores da relação. Rojas-Bermudez (1970) acrescenta que o desempenho de papéis

saudáveis é um factor importante na reabilitação dos doentes psicóticos crónicos, já que é através dos papéis que o vínculo com o ambiente é estabelecido de uma forma adequada e sem reacções de alarme. Quando este feito é alcançado surge o momento ideal para a inclusão destes pacientes em grupos de socialização em que seja mantida continuamente a estimulação dos seus papéis recuperados, quer através da interacção, quer através do trabalho psicodramático com os objectos intermediários da comunicação. Para tal, o autor apresenta um esquema de papéis inovador que apresentamos de seguida, e que nos permite analisar o doente psicótico e a sua tendência para o isolamento (Figura 5).

Figura 5. Esquema de Papéis – Si mesmo psicológico (Rojas-Bermúdez, 1997, p. 449)



Em torno do esquema de papéis de Rojas-Bermudez (1970, p. 171). surge um círculo externo que corresponde ao limite do “*si-mesmo (...) como uma espécie de membrana celular que envolve totalmente o Eu, representado por uma esfera central, o núcleo*”. O *si-mesmo*, designado como o limite psicológico da personalidade, tem uma função protectora: ao nível físico corresponde ao espaço pericorporal que cada pessoa necessita para se sentir

confortável; ao nível psicológico corresponde ao momento em que o papel de outro indivíduo (complementar) contacta com o *si-mesmo*. Rojas-Bermudez (1984) faz assim um paralelismo entre a sensação de desconforto experimentada quando outra pessoa entra no nosso espaço individual pessoal, com o impacto ao nível psicológico do momento em que um papel de outra pessoa entra em contacto com o *si-mesmo* de forma súbita. Quando a intensidade dos estímulos internos ou externos produz um tal estado de alarme, como nas crises psicóticas, o *si-mesmo* expande-se podendo, em casos extremos, não permitir a criação de vínculos, já que os papéis se encontram dentro do *si-mesmo*. Pelo contrário, nas relações sexuais, o *si-mesmo* contrai-se podendo chegar a contactar com o Eu. Desta forma, Rojas-Bermudez (1984), com a utilização dos fantoches como objectos intermediários, permitiu um bom aquecimento dos pacientes psicóticos e conseguiu trespassar a barreira do *si-mesmo* sem desencadear reacções de alarme, diminuindo o isolamento e possibilitando a comunicação, mantendo a distância tão necessária quanto securizante.

Em síntese, o Sociodrama, proposto por Moreno, é comprovadamente uma metodologia centrada na acção, que oferece alternativas para tratar em grupo e com o grupo questões subjectivas, culturais e interpessoais como é o caso do auto-estigma relacionado com a Doença Mental Grave. As técnicas utilizadas ultrapassam o verbal e proporcionam recursos que dão visibilidade ao quotidiano e aos conflitos das pessoas nas suas matrizes relacionais, proporcionando um treino efectivo do desempenho dos seus papéis sociais em grupo, com uma consequente diminuição do isolamento e mudança de atitudes: “*o valor exploratório do processo do sociodrama é apenas metade da contribuição que ele pode dar, a outra e talvez mais importante metade da contribuição é que ele pode curar bem como resolver, é que ele pode mudar atitudes bem como estudá-las.*” (Moreno, 1943, p.446). Iremos seguidamente caracterizar o *E-Learning* enquanto outra metodologia eleita para a criação do CEFVA, como complementar ao Sociodrama, e que permite que os participantes tenham acesso de uma forma personalizada, proactiva e mobilizadora, à informação seleccionada e relacionada com os temas tratados. Simultaneamente, um novo papel social – o de estudante - é conferido e os

participantes têm a possibilidade de partilhar ambientes virtuais de forma a cumprir com os desafiantes requisitos desse novo papel.

3.1.2 E-Learning

Nos últimos anos, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) têm vindo a criar novos espaços de construção do conhecimento e a sua progressiva introdução em contextos educativos é hoje uma realidade. A internet surge como um facilitador da aprendizagem, da comunicação e da interacção, já que cria novos ambientes educativos, fornece ferramentas de comunicação que acrescentam novas dimensões ao acto educativo e motiva para a aprendizagem através da interacção entre diversas pessoas, países e culturas, ao nível da troca de informação e desenvolvimento de projectos comuns (Inácio, 2009). Como previa na década de 60 o filósofo e educador, criador do conceito de “Aldeia Global” Herbert Marshall McLuhan (1962), o planeta tornou-se a nossa sala de aula e o nosso endereço virtual. As barreiras do tempo e do espaço foram ultrapassadas pela comunicação via Web, o que permite às pessoas interagirem e viverem numa escala global, observando-se uma nova concepção geográfica planetária onde as fronteiras deixam de ser relevantes. As TIC são assim hoje consideradas, como um dos principais agentes de mudança social incrementando as relações interpessoais em todos os níveis (Holtz Filho & Balloni, 2008).

Perante a variabilidade e a complexidade das novas formas de aprender, na actual sociedade de informação e conhecimento, verificou-se a necessidade de repensar-se a lógica que até então sustentou os modelos pedagógicos tradicionais, centrados no professor, único detentor do conhecimento, privilegiando-se hoje a transmissão de informação através da construção pelo sujeito que aprende. Os novos modelos pedagógicos condizem com os contextos de aprendizagem centrados na interactividade, na educação em rede e no estudante, graças aos inúmeros meios de comunicação dentro e fora do espaço físico da sala de aula (Coutinho & Bottentuit Junior, 2007). Sendo a Internet definida como uma rede de redes, na era da comunicação e do conhecimento, o clássico receptor passivo de comunicação, tornou-se um

interlocutor capaz de expressar uma opinião crítica sobre o que vê, de seleccionar o que quer ver e até mesmo de criar os seus próprios conteúdos, tal como se verifica nos diversos *blogs* e *sites Web* como o *YouTube*. Actualmente, a forma de lidar com a tecnologia passou a basear-se na flexibilidade e na mobilidade, conseguidas através de equipamentos como o computador portátil e o telemóvel, com cada vez mais funcionalidades (Pimenta & Baptista, 2004; Bidarra, 2009). Contudo, nem sempre foi assim.

Situando-nos no século XIV, deparamo-nos com uma revolução que marcou a duplicação e a distribuição em massa da informação em formato escrito. Johannes Gutenberg (que viveu entre 1398 e 1468) protagonizou a revolução da imprensa, que contribuiu directamente para a propagação do conhecimento. Através da criação do processo de impressão com tipos móveis (a tipografia), a difusão da escrita deixou de ficar dependente da destreza e fluidez de movimentos da mão do calígrafo que imperaram durante dois séculos. Os livros, revistas e jornais, permitiram desde aí, um ensino apoiado e sustentado em conteúdos programados e transmitidos por professores em contexto de sala de aula (Cação & Dias, 2003). No entanto, o ensino à distância demorou alguns séculos a chegar, remontando aos finais do séc. XIX, em Inglaterra, motivado por razões de ordem social. Tinha como objectivo possibilitar a aprendizagem sem a necessidade de deslocação aos centros de aprendizagem ou à escola, recorrendo-se ao ensino por correspondência escrita. Para tal foi necessária a criação de um sistema de distribuição rápido e abrangente, sendo o desenvolvimento dos serviços postais, essencial para a criação deste tipo de ensino (Cação & Dias, 2003).

Entretanto as tecnologias de comunicação e informação começam-se a desenvolver assistindo-se a uma revolução tecnológica. Destacamos, em 1843, a invenção do telégrafo por Samuel Morse, seguida da invenção do telefone em 1860 por António Meucci, e do rádio por Guglielmo Marconi em 1895. Mas a sua aplicação directa ao ensino notabiliza-se com Thomas Edison, através da invenção do cinetógrafo em 1888 e o aparecimento dos seus primeiros filmes. Edison, considerado por muito o maior inventor de todos os tempo, “*criou grandes expectativas, ao defender que o filme iria substituir os livros e inclusivamente os professores, na sala de aula*” (Cação & Dias, 2003, p. 18).

Tal não veio a suceder, mas este precursor da revolução tecnológica do século XX e da indústria cinematográfica, acertou na medida em que se registaram muitos sucessos da aplicação de filmes à capacidade de aprendizagem. A indústria militar americana é um dos grandes exemplos, quando na preparação dos seus militares para a Segunda Guerra Mundial utilizou filmes em massa, sobre temas militares diversos, produzidos para o efeito em Hollywood. Com o final da guerra, continuou a utilizar o filme e depois a televisão, para a formação dos seus soldados, tendo sido uma organização pioneira na formação à distância, sendo até à actualidade, uma das mais experientes no que diz respeito ao *E-Learning* (Cação & Dias, 2003).

Entretanto, surge a televisão, que na década de quarenta do século XX floresce, quando são transmitidas as primeiras emissões de canais regulares, como a BBC em Inglaterra e a NBC nos EUA. Prontamente começa a ser utilizada como uma ferramenta de aprendizagem inovadora. Contudo, as experiências demonstraram-se pouco eficazes pois faltava a interactividade e a percepção de quando é que o estudante tinha adquirido o conhecimento. Imperava a rigidez de horários e a monotonia, juntamente com a falta de condições logísticas para a visualização das aulas, já que o som não era eficazmente difundido e o tamanho da televisão era demasiado reduzido para a dimensão da sala de aula.

Em Portugal esta metodologia implementou-se na década de 60 do século XX, com o “*Curso Unificado Telescola*”, mais tarde designado como “*Ciclo Preparatório TV*”. Destinava-se a permitir o cumprimento da escolaridade obrigatória a todos os que, vivendo em zonas rurais isoladas ou em centros suburbanos de grande densidade populacional e com escolas superlotadas, não teriam possibilidade de frequentar a escola. Com o conceito telescola, a televisão foi introduzida no sistema de ensino português como nova tecnologia, através de emissões televisivas que mais tarde foram substituídas por cassetes de vídeo (Elias, 2009). Cação e Dias (2003) ressaltam que a Telescola, apesar de ter sido um sistema muito criticado, conseguiu obter reconhecimento internacional, não só pelos altos índices de aproveitamento dos estudantes, em quase trinta anos de funcionamento, na ordem dos 90%, mas também pela qualidade da maioria dos seus materiais: “*é certo que a Telescola não foi um*

sistema de formação à distância puro, já que os alunos tinham de estar no mesmo espaço físico e a horas predefinidas e dispunham de um tutor que acompanhava a aula presencialmente, mas foi um caso de sucesso da aplicação da televisão à educação” (Cação & Dias, 2003, p.19).

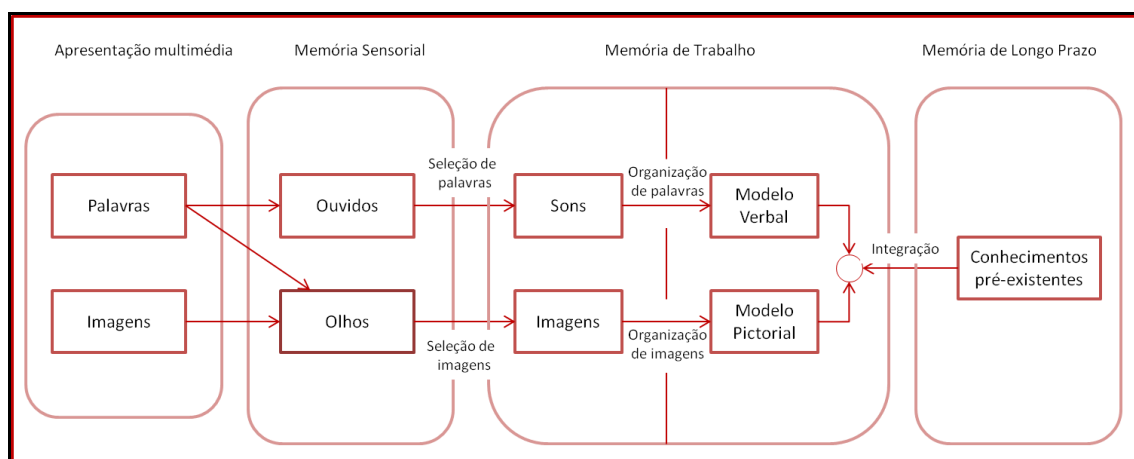
Neste enquadramento e tendo em conta a necessidade actual de renovação do ensino, surgiram novos modelos de aprendizagem baseados em modelos educativos inovadores. Destacamos aqueles sustentados em ambientes virtuais, classificados como modelos de Aprendizagem Multimédia Interactiva (AMI) *“aliada à possibilidade de os novos media desempenharem o papel de centros de experiência e construção social do conhecimento, e considerando que é imperioso dar valor ao papel do estudante no desenvolvimento da sua própria aprendizagem, os modelos AMI podem funcionar como opção estratégica em ambientes virtuais orientados para a criação flexível e colaborativa do conhecimento”* (Bidarra, 2009, p. 353). Encontramos na literatura diversos termos de origem anglo-saxónica, como *Open and Distance Learning*, *Networked Learning*, *Virtual Learning*, *Online Learning*, e mais recentemente, *E-Learning*. Esta terminologia descreve programas de aprendizagem, geralmente compostos por material multimédia, associados a Sistemas de Gestão de Aprendizagem próprios, comumente designados por “plataformas de *E-Learning*”, como o *MOODLE*, o *BlackBoard* ou o *WebCT* (Bidarra, 2009).

De acordo com Coutinho e Bottentuit Junior (2007) são várias as vantagens do *E-Learning*: flexibilidade no acesso ao ensino e aos conteúdos, possibilidade de interactividade, fácil acesso em qualquer parte do mundo e rapidez na comunicação. É também de realçar o carácter interactivo e fortemente motivacional da aprendizagem à distância. A literatura sugere que estimular os estudantes a terem curiosidade e interesse por um tema, estando eles em pleno controlo da situação de aprendizagem, aumenta o seu envolvimento, acção e motivação (Hodges, 2004; Laurel, 1993; McLellan, 1992; Rovai et al., 2007; Shroff et al., 2007; Sun et al., 2008; Webb, 1996). Porém, Coutinho e Bottentuit Junior (2007) realçam também algumas desvantagens do ensino à distância, nomeadamente a necessidade de equipamentos para aceder aos conteúdos, as potenciais dificuldades de acesso ao sistema, mas

acima de tudo a inexistência de contacto humano. Foi exactamente pela necessidade de inclusão do contacto presencial em programas de aprendizagem à distância que levou ao aparecimento de situações mistas designadas de *Blended Learning*.

Mas o *E-Learning* tem vindo a emergir como o novo paradigma da educação moderna (Sun et al., 2008) e segundo Rosenberg (2002) é definido como a utilização das tecnologias da Internet para distribuir um largo conjunto de soluções que permitem aumentar o conhecimento e o desempenho. Ora, actualmente é reconhecido que se aprende melhor através de palavras e imagens do que apenas através de palavras e este princípio reflecte-se no conceito de *mensagem educacional multimédia* de Mayer (2001), que se traduz na comunicação que contém palavras e imagens destinadas a promover a aprendizagem. A Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimédia (TCAM, Figura 8) assenta em três premissas da ciência cognitiva em relação à aprendizagem importantes para a concepção de conteúdos multimédia: “o sistema humano de processamento de informação inclui canais duplos para o processamento visual/pictórico e auditivo/verbal; cada um dos canais tem uma capacidade de processamento limitada; e a aprendizagem activa implica a execução de um conjunto coordenado de processos cognitivos durante essa mesma aprendizagem” (Mayer, 2009, p. 207). Estas premissas relacionam-se também com os três tipos de memória implicados no sistema humano do processamento da informação: memória sensorial, memória de trabalho e memória de longo prazo.

Figura 8. Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimédia (Mayer, 2009, p. 219)



A tarefa central da aprendizagem multimédia centra-se na memória de trabalho, utilizada para reter temporariamente conhecimentos na consciência activa e para os manipular. Desta forma, numa primeira fase as representações visuais das imagens e as imagens sonoras das palavras, que consistem nas modalidades sensoriais visual e auditiva, acedem à memória de trabalho. Esta elabora conhecimentos, baseados em dois modos de representação designados por Mayer (2001) como pictórico e verbal, que ficam armazenados na memória de longo prazo. A memória de longo prazo, ao contrário da memória de trabalho, consegue reter grandes quantidades de conhecimento durante longos períodos de tempo, mas para que essa informação seja utilizada de forma activa, é necessário que seja trazida para a memória de trabalho. As mensagens educacionais multimédia contidas nos conteúdos do CEFVA devem então respeitar os cinco processos cognitivos essenciais a este tipo de aprendizagem, centrais no esquema da TCAM (Quadro 2).

Quadro 2. Cinco processos cognitivos da TCAM (Mayer, 2009, p. 225)

Processos Cognitivos da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimédia	Descrição
Seleccção de palavras	O aprendiz presta atenção a palavras relevantes de uma mensagem multimédia para criar sons na memória de trabalho
Seleccção de imagens	O aprendiz presta atenção a imagens relevantes de uma mensagem multimédia para criar imagens na memória de trabalho
Organização de palavras	O aprendiz estabelece ligações entre as palavras seleccionadas para criar um modelo verbal coerente na memória de trabalho
Organização de imagens	O aprendiz estabelece ligações entre as imagens seleccionadas para criar um modelo pictórico coerente na memória de trabalho
Integração	O aprendiz estabelece ligações entre os modelos verbal e pictórico e os conhecimentos pré-existent

A concepção de que o conhecimento é consequência de uma construção de significados, resultante da reflexão e integração activada pelo estudante, alia-se hoje a uma outra noção, a de experiência social, em que a metacognição (ou seja, pensar sobre o seu próprio processo cognitivo) adquire um valor preponderante (Bidarra, 2009). Lysaker e colaboradores (2008a) concluem que a metacognição no contexto do estigma e da resolução de

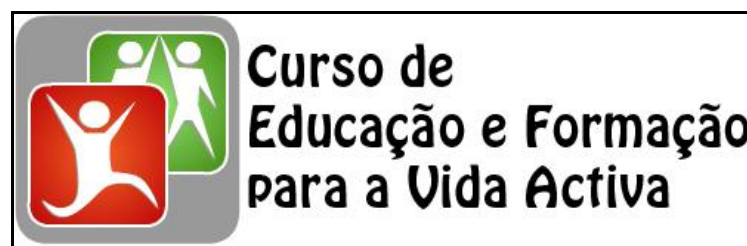
problemas deve ser desenvolvida, nomeadamente nas pessoas com Esquizofrenia. O baixo valor social percebido necessita de uma intervenção que potencie a capacidade do indivíduo para pensar sobre si e sobre o sentir do outro, desafiando a sua própria concepção de doença. Desta forma, à medida que as mensagens públicas estigmatizantes são internalizadas, a cognição deve desafiar directamente estas perspectivas para que seja permitido ao indivíduo experimentar construções cognitivas alternativas, incluindo aquelas que podem facilitar a atribuição de muitos aspectos do estigma a factores externos, o que pode ser um contributo valioso para a diminuição do auto-estigma.

De seguida passaremos a apresentar as *guidelines* do CEFVA que constituem as bases e as recomendações produzidas de maneira estruturada para a aplicação do nosso programa. Para tal seguiremos uma adaptação do modelo lógico de Carvalhosa e colaboradores (2010).

3.2 Guidelines do CEFVA

O CEFVA (Figura 9) é um programa anti-auto-estigma estruturado e desenvolvido numa parceria entre a Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João, EPE (CHSJ, EPE) e o Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LABRP) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Figura 9. Logótipo do CEFVA



A sua **missão** é envolver as pessoas com experiência de Doença Mental Grave como membros-chave na diminuição do seu auto-estigma e na promoção do seu potencial de recuperação.

Tem como principais **objectivos** reduzir as atitudes estigmatizantes internalizadas e os comportamentos da própria pessoa estigmatizada, que podem ser barreiras ao sucesso do tratamento e da reabilitação psicossocial da Doença Mental Grave, com um enfoque especial no desempenho de papéis saudáveis.

O CEFVA dirige-se à população com experiência de Doença Mental Grave com os seguintes **critérios de selecção dos participantes**: idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos; diagnóstico efectuado de algum tipo de Doença Mental Grave (Psicose, Doença Bipolar ou Depressão Major) sem critérios clínicos de descompensação psicopatológica aguda; ausência de consumo actual de substâncias ilícitas; competências de leitura e escrita; conhecimentos de informática básicos; aptidão para se deslocar semanalmente ao local das aulas presenciais ou de educação à distância; ausência de deficiência sensorial visual ou auditiva moderada a grave; ausência de deterioração cognitiva acentuada. Não existe um limite definido de participantes, porém cada instituição promotora deve contemplar o número de grupos que necessita criar para a concretização das aulas presenciais (máximo 12 elementos por grupo).

No que diz respeito ao **cronograma**, o programa tem a duração de 17 semanas, combinando 15 aulas presenciais de grupo com 15 aulas interactivas individuais *online*. Em cada semana os participantes têm acesso à aula *online* e à aula presencial. A primeira semana é dedicada às avaliações iniciais e a última semana a avaliações finais e à cerimónia de encerramento. Estão também contempladas avaliações ao longo do programa. Cada aula *online* tem uma duração estimada de 30 minutos e cada aula presencial de 90 minutos. No Quadro 3 pode-se observar a distribuição das aulas pelas 17 semanas, com a respectiva tipologia e tema correspondente.

Quadro 3. Calendarização semanal do CEFVA

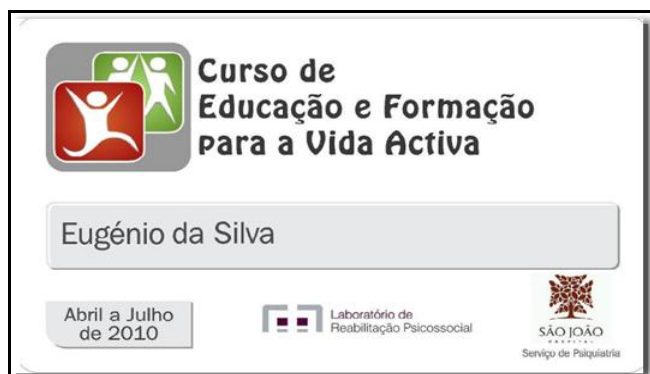
Semana	Tipologia das aulas	Tema
0	Avaliações iniciais	Questionários <i>online</i>
1	Aula presencial 1	Introdução ao Curso “Educação e Formação para a Vida Activa”
	Aula <i>online</i> 1	Familiarização e aprendizagem da utilização do software
2	Aula presencial 2	Promoção da coesão do grupo
	Aula <i>online</i> 2	Factores protectores e de risco para a saúde mental
3	Aula presencial 3	Factores protectores e de risco para a saúde mental
	Aula <i>online</i> 3	Doença Mental: factos e mitos
4	Aula presencial 4	Doença Mental: factos e mitos
	Aula <i>online</i> 4	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda
5	Aula presencial 5	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda
	Aula <i>online</i> 5	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda
6	Aula presencial 6	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda
	Aula <i>online</i> 6	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social
7	Aula presencial 7	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social
	Aula <i>online</i> 7	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social
8	Aula presencial 8	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social
	Aula <i>online</i> 8	Auto-Estima e Auto-Confiança
9	Aula presencial 9	Auto-Estima e Auto-Confiança
	Aula <i>online</i> 9	Evitar o isolamento: Importância do Suporte Social
10	Aula presencial 10	Evitar o isolamento: Importância do Suporte Social
	Aula <i>online</i> 10	Evitar o isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social
11	Aula presencial 11	Evitar o isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social
	Aula <i>online</i> 11	Evitar o isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal
12	Aula presencial 12	Evitar o isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal
	Aula <i>online</i> 12	Evitar o isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal
13	Aula presencial 13	Evitar o isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal
	Aula <i>online</i> 13	Auto-Estigma e Potencial de recuperação
14	Aula presencial 14	Auto-Estigma e Potencial de recuperação
	Aula <i>online</i> 14	Como ficar activo na comunidade: sentimento de pertença
15	Aula presencial 15	Como ficar activo na comunidade: sentimento de pertença
	Avaliações finais	Preenchimentos de questionários <i>online</i>
16	Avaliações finais	Entrevistas
	Cerimónia Encerramento	Entrega de diplomas na presença de familiares, amigos e profissionais

Em relação à descrição das **actividades**, no final de cada semana, os participantes devem aceder a um computador com ligação à internet (compatível com o formato *Flash*) de forma a realizar uma aula via Web, na qual irão contactar pela primeira vez com o tema respectivo e, de forma interactiva, mobilizar os conteúdos fornecidos. Na semana seguinte, em grupo, frequentam a sessão de Sociodrama respectiva, na qual poderão partilhar com o grupo e com a equipa terapêutica as dúvidas que puderem surgir durante a aprendizagem à distância. Estas sessões estão devidamente articuladas com os temas das sessões interactivas realizadas *online* no sentido de sedimentar a aprendizagem e permitir a troca de experiências e o treino do desempenho

saudável de papéis comuns. Os conteúdos serão assim mobilizados no palco do Sociodrama, recorrendo-se à interacção e à acção. Semana a semana este procedimento repetir-se-á. A descrição dos objectivos de aprendizagem e exercícios sociodramáticos respectivos a cada uma das 15 aulas do CEFVA podem ser consultados no Quadro 4.

Para que os participantes tenham acesso à aula *online*, disponibilizada através de um Sistema de Gestão de Aprendizagem a seleccionar (como é exemplo a plataforma *Moodle da UP*), foi concebido um cartão de estudante do CEFVA personalizado (Figura 10), com o respectivo nome de utilizador e palavra passe no verso. O procedimento consiste no participante fazer primeiro a autenticação num site pré-definido (como por exemplo o site institucional), de forma a ter acesso ao Sistema de Gestão de Aprendizagem para entrar na respectiva disciplina (Figura 11). Aí, semana a semana o administrador do curso disponibilizará cada aula e promoverá alguns fóruns de discussão, centrados em temas da actualidade nacional, mundial ou outros. Os Sistemas de Gestão de Aprendizagem como o *Moodle* têm como vantagens, limitar o acesso aos conteúdos apenas aos estudantes inscritos e permitir ao administrador observar quando é que cada estudante acede às aulas e durante quanto tempo. A taxa de participação nos fóruns também pode ser aferida.

Figura 10. Exemplo de Cartão de estudante do CEFVA (nome fictício)



Quadro 4. Objectivos de aprendizagem das aulas de *E-Learning* e exercícios sociodramáticos do CEFVA

Aula	Tema	<i>E-Learning</i> ¹³	Sociodrama
Aula 1	Introdução ao Curso “Educação e Formação para a Vida Activa”	Objectivos de Aprendizagem: Perceber os objectivos globais do Curso e a quem se dirige; Conhecer os temas de aprendizagem; Aprender a utilizar as sessões <i>online</i>	Exercícios sociométricos para apresentação (espectograma das idades, dos signos; dos anos de doença) Apresentação da multimédia em <i>Flash</i> para o grupo visualizar uma aula <i>online</i> tipo e onde é descrito o Curso e suas características.
Aula 2	Promoção da Coesão do Grupo		Exercícios sociométricos para o desenvolvimento do conhecimento e da coesão grupal (identificação de interesses comuns; intensidade e tipos de descriminação ou integração com que lidam no dia a dia). Estátua da sociedade e o grupo.
Aula 3	Factores Protectores e de Risco para a Saúde Mental	Objectivos de Aprendizagem: Explorar o significado e as dimensões da doença mental; Perceber a importância da saúde mental na recuperação; Considerar estratégias de forma a prevenir a doença mental e promover a saúde mental	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Cada elemento escolhe um factor protector ou de risco com quem gostaria de conversar ou questionar. Através de role-play e com o Ego-Auxiliar a fazer o papel do factor escolhido, dramatização dos diálogos, com inversão de papéis e solilóquios.
Aula 4	Doença Mental: Factos e Mitos	Objectivos de Aprendizagem: Compreender o impacto do estigma e da discriminação na saúde mental; Perceber o que é um mito, quais os principais que afectam a pessoa com doença mental e como explicá-los	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . No palco coloca-se um papel por cada mito em forma de círculo. Cada elemento é convidado a escolher um dos mitos que lhe tivesse marcado mais ou com o qual não concorde para no centro do palco apontar os factos que contrapõem o mito em questão. Estátua grupal para representar os mitos mais representativos para o grupo.

¹³ O tema da aula 2 não tem aula de *E-Learning* respectiva, já que nessa semana é disponibilizada a aula de *E-Learning* da semana seguinte e assim sucessivamente

Quadro 4. Objectivos de aprendizagem das aulas de *E-Learning* e exercícios sociodramáticos do CEFVA (continuação)

Aula	Tema	<i>E-Learning</i>	Sociodrama
Aula 5	Prevenção de Recaídas – aprender a pedir ajuda	Objectivos de Aprendizagem: Perceber que é possível reduzir a possibilidade de ter recaídas no futuro; Aprender a identificar sinais precoces de alerta de uma crise	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Espectograma sobre o número de recaídas. Representação e enumeração dos sinais de alerta mais comuns através da colocação de objectos no palco por parte dos elementos com solilóquio. Caso falte algum significativo o Ego-Auxiliar deve colocá-lo e o Director pedir um solilóquio a um elemento voluntário. Cada elemento faz uma estátua individual a representar o seu sinal de alerta mais comum para os outros elementos adivinharem. Solilóquio nas estátuas.
Aula 6	Prevenção de Recaídas – aprender a pedir ajuda	Objectivos de Aprendizagem: Perceber que é possível reduzir a possibilidade de ter recaídas no futuro; Reconhecer a importância e os benefícios dos planos de prevenção da crise; Aprender a desenvolver o seu próprio plano de prevenção da crise	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Cada elemento é avisado previamente para levar o plano de prevenção de recaída feito na aula <i>online</i> , para ler em voz alta (opcional). Através de role-play é realizado um treino com cada elemento para apresentar o plano à sua pessoa de referência (familiar, técnico de saúde, amigo, etc.). Utilização de inversão de papéis, solilóquio e duplo.
Aula 7	Evitar o Isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social	Objectivos de Aprendizagem: Reconhecer o impacto da ansiedade social no isolamento; Perceber de que se trata, quais as causas e o que pode promover a continuação do problema	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Revisão dos sintomas físicos através de uma estátua de grupo sobre o corpo humano. Exercício do “bombordo e estibordo” com todos os elementos no palco em que são apresentadas duas situações sociais e cada um tem de escolher a que lhe provoca maior ansiedade. No final cada elemento é questionado para indicar uma situação despoletadora de ansiedade. Entre todas, votação do grupo sobre a mais difícil de lidar. Role-Play da situação eleita com inversão de papéis, solilóquio e duplo.

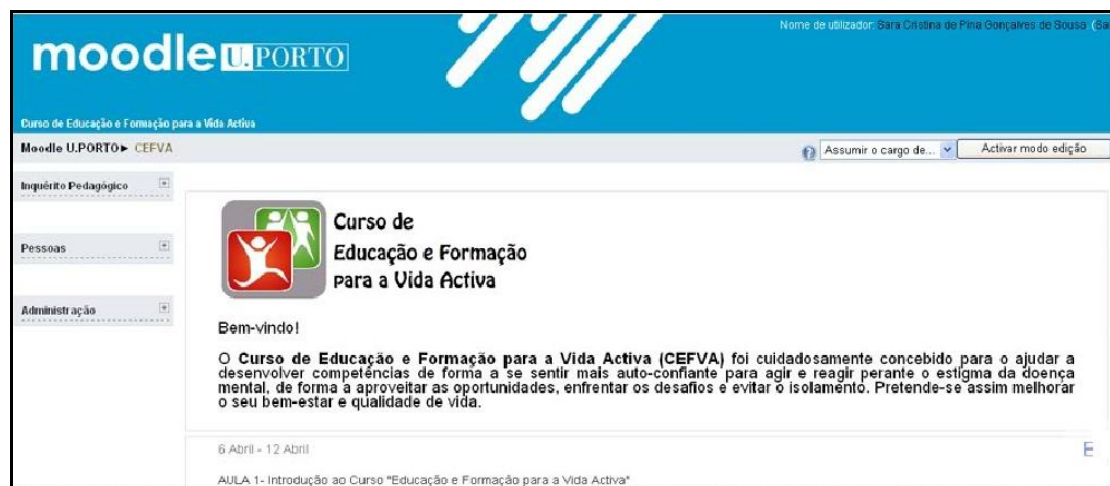
Quadro 4. Objectivos de aprendizagem das aulas de *E-Learning* e exercícios sociodramáticos do CEFVA (continuação)

Aula	Tema	<i>E-Learning</i>	Sociodrama
Aula 8	Evitar o Isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social	Objectivos de Aprendizagem: Reconhecer o impacto da ansiedade social no isolamento; Perceber de que se trata, quais as causas e o que pode promover a continuação do problema; Aprender estratégias para lidar e tentar ultrapassar a ansiedade social	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Dramatização de um diálogo entre um pensamento positivo e um pensamento negativo. Cada elemento escolhe o tipo de pensamento que quer ser e o Ego-Auxiliar representa o outro papel. Quem faz de pensamento negativo tem um manto de seda preta à sua volta e o pensamento positivo, um manto branco. Sucessivas inversões de papéis, nas quais o elemento é incentivado a combater os pensamentos negativos, quer verbalmente quer corporalmente. Solilóquios, duplos. Exercício final de respiração abdominal em grupo.
Aula 9	Auto-Estima e Auto-Confiança	Objectivos de Aprendizagem: Explorar os significados de auto-estima e auto-confiança; Perceber a importância da auto-estima e da auto-confiança para o bem-estar; Considerar estratégias de forma a promover a auto-estima e a auto-confiança	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Espectograma “Termómetros da auto-estima e da auto-confiança”. Verbalização de qualidades a andar no palco. Estátuas grupais da auto-estima e da auto-confiança. Em ambas são pedidos solilóquios e estimuladas a serem moduladas no sentido da variação da auto-estima e da auto-confiança.
Aula 10	Evitar o Isolamento: Importância do Suporte Social	Objectivos de Aprendizagem: Perceber em que consiste o suporte social; Reconhecer a importância e benefícios do suporte social para o bem-estar	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . No palco cada elemento é convidado a partilhar a sua própria rede social. Para tal escolhe outros elementos do grupo ou a Ego-Auxiliar para representarem as pessoas da sua rede de forma a colocá-los à sua volta no palco, mais ou menos próximos. No final é estimulado a fazer uma “declaração” a cada uma dessas pessoas “tem agora a oportunidade de dizer ao seu alguma coisa que gostasse”. Nesta rede podem estar familiares, colegas, amigos, profissionais, vizinhos, etc..
Aula 11	Evitar o Isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social	Objectivos de Aprendizagem: Reconhecer os prós e os contras do suporte social para a saúde mental; Fornecer estratégias para a manutenção ou promoção do suporte social	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Com todos os elementos no palco, são avisados que quando ouvirem um determinado sinal sonoro devem fazer estátuas a pares, representando a postura e mímica facial de relacionamentos enquadrados num suporte social negativo. Outro sinal sonoro será emitido para o suporte social positivo. Teatro da Espontaneidade com todo o grupo. Revisão de estratégias para promoção de um suporte social eficaz.

Quadro 4. Objectivos de aprendizagem das aulas de *E-Learning* e exercícios sociodramáticos do CEFVA (conclusão)

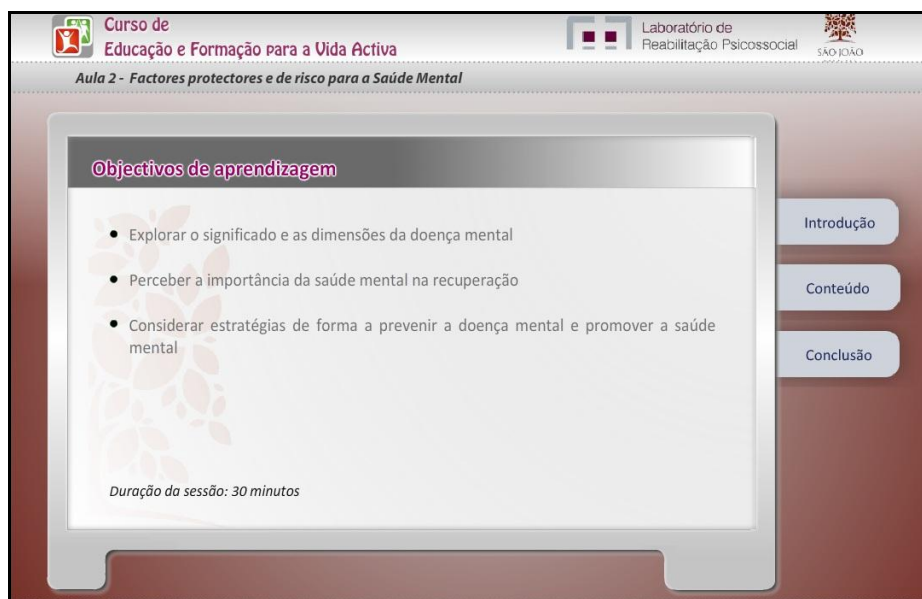
Aula	Tema	<i>E-Learning</i>	Sociodrama
Aula 12	Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal	Objectivos de Aprendizagem: Reconhecer a importância de comunicar; Conhecer tipos e formas de comunicação; Conhecer as regras para uma comunicação eficaz	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Espaço de partilha sobre as maiores dificuldades ao nível da comunicação. É difícil? Se sim, qual o sentido mais difícil de utilizar. Exercício sobre e com os 5 sentidos e formas de comunicar. De que forma os aspectos da comunicação podem influenciar o estigma. Role-play de 1 ou 2 situações que os elementos partilharam como potenciadoras de estigma, devido às dificuldades de comunicação sentidas. Inversão de papéis, solilóquios, duplos.
Aula 13	Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal	Objectivos de Aprendizagem: Reconhecer a importância de comunicar; Conhecer tipos e formas de comunicação; Conhecer as regras para uma comunicação eficaz	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Role-plays para treino da postura, tom de voz, contacto ocular, etc.. Exercício final do abraço grupal (um elemento de cada vez sobe ao palco. O 2º abraça o 1º, o 3º abraça o 1º e o 2º, e assim sucessivamente até que todo o grupo acabe abraçado em conjunto). Exercícios finais de respiração grupal.
Aula 14	Auto-Estigma e Potencial de Recuperação	Objectivos de Aprendizagem: Conhecer o significado de auto-estigma e suas implicações no bem-estar; Identificar a importância do potencial de recuperação na doença mental; Identificar as atitudes e os comportamentos promotores do potencial de recuperação e redutores do auto-estigma na doença mental	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Os elementos são convidados a colocar objectos no palco de forma a representarem factores internos e externos para a recuperação. Espectograma “Termómetros do grau de estigma social e de auto-estigma”. Partilha de situações potencialmente potenciadoras de auto-estigma. Estátua grupal que simboliza aspectos significativos ao grupo e que diminuem o auto-estigma dos elementos.
Aula 15	Como ficar Activo na Comunidade: sentimento de pertença	Objectivos de Aprendizagem: Conhecer as vantagens e benefícios do estar activo; Estimular o sentimento de pertença à comunidade onde vive; Promover a motivação para o agir, de forma a alcançar um maior bem estar e qualidade de vida	Esclarecimento de dúvidas da aula <i>online</i> . Jogo de escolhas com locais de lazer – identificação de interesses de lazer comuns. Role-plays propostos a cada elemento em que cada um escolhe uma actividade ou local, e uma pessoa do grupo para convidar para ir a essa actividade – sociometria. Partilha de como cada um se sente na sua comunidade/ bairro/ rua. Construção de uma comunidade ideal para o grupo em que cada elemento escolhe um objecto da sala para simbolizar um recurso considerado importante para esta “microcomunidade”. Exercício sociométrico para avaliação final do Curso.

Figura 11. Página de entrada do CEFVA no Sistema de Gestão de Aprendizagem (Moodle da UP)



Cada aula *online* contém um menu inicial com o nome, o número da aula, os objectivos de aprendizagem, a duração aproximada e o acesso à introdução, conteúdos e conclusão (Figura 12). Após a leitura da introdução o estudante tem acesso a uma ficha de auto-avaliação inicial com 10 questões de resposta dicotómica. No final da sessão terá novamente oportunidade de responder às mesmas questões na denominada ficha de auto-avaliação final. Assim, no final de cada aula o estudante tem acesso à sua nota quantitativa e qualitativa, com possibilidade de rever as respostas, para que possa ter a percepção imediata se os conhecimentos foram ou não adquiridos e se os objectivos de aprendizagem foram alcançados. De forma a estabelecer a confiança no Curso, os participantes são informados, na primeira aula, que as notas nunca serão tornadas públicas nem qualquer outro tipo de informação pessoal.

Figura 12. Menu inicial da aula 2 do CEFVA



No que diz respeito aos **recursos**, o acesso às aulas via *E-Learning* pode ocorrer em diferentes locais, em função das motivações e disponibilidades dos estudantes. No entanto a instituição promotora do programa deve disponibilizar computadores com ligação à internet e placa de som para que os participantes que não tenham condições físicas em casa possam realizar a componente da psicoeducação à distância. Em relação às aulas presenciais, com recurso ao Sociodrama, devem decorrer numa sala de Psicodrama ou numa outra sala ampla com boas condições de luz e isolamento do som. Caso não tenha palco deverá ser definido o contexto dramático com fitas no chão ou com um tapete grande. Deve também possuir panos de várias cores e extensões para alguns dos exercícios a realizar. A equipa responsável pela operacionalização do programa deve incluir um administrador do Sistema de Gestão de Aprendizagem, que irá colocar acessíveis as aulas semanalmente e dinamizar os fóruns ou outros materiais partilhados

virtualmente. Deve também contemplar dois profissionais com formação em Sociodrama ou Psicodrama para orientarem as sessões presenciais¹⁴.

Relativamente às **medidas**, que são fontes de dados necessários para monitorizar os resultados, o CEFVA contempla metodologias quantitativas, como questionários (que podem ser aplicados em formato online) e metodologias qualitativas, incluindo entrevistas e instrumentos passíveis de registar depoimentos acrescidos de auto-reflexões. Dado que foi a metodologia seguida para avaliar a eficiência deste programa, optamos por descrever cada um destes instrumentos no capítulo seguinte, onde apresentaremos o estudo empírico que realizamos para precisamente avaliar o impacto do programa de *B-Learning* “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” nas dimensões relacionadas com o auto-estigma, em pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia.

¹⁴ O CEFVA, tendo em conta as suas especificidades e pressupostos, pode contemplar outro tipo de metodologia de intervenção em grupo, que não o Sociodrama. Esta deve ser seleccionada tendo em conta a formação ou modelo profissional orientador da equipa que irá dinamizar o programa.

CAPÍTULO III

IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PARA A VIDA ACTIVA (CEFVA)

Os avanços da neurociência, da tecnologia e da qualidade da investigação, têm contribuído para o aumento da compreensão das doenças mentais, melhorando também a qualidade do seu tratamento. No entanto, existem também aspectos psicossociais descritos como barreiras ao *recovery*, à integração social e à qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental, bem como à procura de ajuda nos serviços de saúde (Schulze, 2008; Wahl, 2012). O estigma é um desses factores, que reúne os estereótipos, o preconceito e a discriminação que, inicialmente impostos pelos outros, rapidamente se internalizam, passando a ser assumidos pela própria pessoa. Neste caso, o auto-estigma, leva a pessoa a integrar um conjunto de crenças, atitudes, e comportamentos mais associados à auto-marginalização do que à normalização, à exclusão do que à inclusão, ao isolamento do que à socialização e, por fim, à imobilização do que à participação (Marques, 2007).

Desta forma, a aplicação do conceito de saúde mental positiva é crucial não só na sociedade actual, mas também junto da própria pessoa com experiência de doença mental, para que se permita o desenvolvimento de novas metodologias de intervenção, tendo em vista a justiça social e a qualidade de vida. A intensa sobrecarga, os custos associados e o forte impacto social e económico das doenças mentais graves, sugerem a necessidade de existirem acções de saúde pública, não só para tratar, mas também para prevenir as doenças mentais e promover o bem-estar mental positivo. Os decisores necessitam cada vez mais de evidência robusta para justificar e desenhar novas estratégias, tal como os profissionais de saúde mental, que no terreno procuram e necessitam de novas práticas a implementar. A investigação deve considerar não só se algo realmente funciona, mas também em que circunstâncias e contextos e a que custo (Jané-Llopis, et al., 2010).

São ainda escassos os estudos dirigidos ao auto-estigma, sendo muito mais frequente a investigação em torno do estigma público. Decorrente da nossa prática diária de intervenção e desenvolvimento de competências, em contexto de reabilitação psicossocial dirigida a pessoas com Doença Mental Grave, nomeadamente Esquizofrenia, surgiu a motivação para o desenvolvimento do nosso estudo empírico que teve dois grandes objectivos:

1. Desenvolver uma metodologia de intervenção inovadora dirigida ao auto-estigma em pessoas com experiência de Doença Mental Grave, que combina a intervenção em grupo (Sociodrama) com a intervenção individual (*E-Learning*).

Esta metodologia de intervenção foi designada como “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” (CEFVA), já descrito no Capítulo II e no qual foram desenvolvidos conteúdos multimédia interactivos, para as 15 aulas disponibilizadas semanalmente via *E-Learning*, bem como planeadas as 15 sessões de Sociodrama implementadas.

2. Avaliar o impacto do programa de *B-Learning* “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” nas dimensões relacionadas com o auto-estigma, em pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia.

Ao implementarmos o CEFVA tornou-se necessário efectuar a avaliação do seu impacto e por isso formulamos as seguintes hipóteses:

H1. O CEFVA contribui para a diminuição do auto-estigma em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia.

H2. O CEFVA contribui para o aumento do potencial de recuperação, para a promoção do *empowerment* e para a aquisição de competências de gestão da doença em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia.

H3. O CEFVA contribui para a melhoria da interacção social em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia.

H4. O Sociodrama e o *E-Learning*, quando combinadas são metodologias eficazes nas intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia.

Descrevemos seguidamente o método utilizado na implementação do CEFVA, bem como os resultados obtidos.

1. Método

O nosso estudo empírico é de natureza quantitativa (pré-experimental), contudo na recolha e análise de dados recorreu-se a métodos mistos (de natureza quantitativa e qualitativa). Utilizamos uma metodologia de pré e pós-teste centrada em três momentos de avaliação: avaliação diagnóstica (*pré-teste*), avaliação de acompanhamento (*ongoing*) e avaliação final (*pós-teste*). Assim, numa primeira fase caracterizamos a nossa amostra avaliando uma série de características sócio-demográficas e de indicadores do auto-estigma. Numa segunda fase realizamos o estudo experimental ao longo de 15 semanas, que consistiu na implementação do CEFVA, testando-o como método de intervenção e avaliando-o semanalmente através de métodos qualitativos e quantitativos. No final, para avaliar o impacto do CEFVA efectuamos nova avaliação, quer com métodos quantitativos, quer qualitativos. Para atingirmos os objectivos propostos e verificarmos as hipóteses formuladas, utilizamos um conjunto de instrumentos e de procedimentos que a seguir descrevemos.

1.1. Instrumentos

O processo de análise da eficácia do nosso programa de intervenção consistiu na utilização de um conjunto de instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa, que de uma forma resumida foram estruturados como se pode observar no Quadro 5. A selecção dos instrumentos foi criteriosa tendo em conta as dimensões relacionadas com o auto-estigma, com a população alvo, com os dois tipos de metodologias de intervenção utilizadas e com os objectivos e hipóteses formulados. A validade dos instrumentos bem como a sua adaptação cultural foi também tida em conta, estando todos validados ou em processo de validação para a população portuguesa. Assim, após uma revisão da literatura cuidada e do contacto com especialistas na área foram seleccionados os seguintes instrumentos, que apresentamos segundo os momentos de avaliação a que se destinam: exclusivamente pré, pré e pós teste, *ongoing* e exclusivamente pós teste.

Quadro 5. Organização dos instrumentos de avaliação utilizados no CEFVA

Instrumento		Momento 1 (pré-teste)		Momento 2 (ongoing)		Momento 3 (ongoing)		Momento 4 (pós-teste)								
MMSE	Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994)															
QSD	Questionário Sócio-demográfico															
ISMI	Versão portuguesa do Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (Ritsher et al., 2003; Oliveira, 2009)															
RAS-R	Versão portuguesa (reduzida) do Recovery Assessment Scale - R (Corrigan et al., 2004b; Corrigan, 2012; Sousa et al., 2009)															
EAESDIS	Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Interação Social (Pinto-Gouveia et al., 2003)															
RSES	Versão portuguesa do Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965; Blascovich & Tomaka, 1991; Santos & Maia, 2003)															
CORE-OM	Versão portuguesa do Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (Evans et al., 2000; Sales et al., <i>in press</i>)															
CI-FIT	Versão adaptada do Change Interview – Family and Individual Therapy (Elliott, 1999; Sales et al., 2007a)															
EF	Entrevista final aos participantes															
QF	Questionário às famílias dos participantes															
		Semanas (ongoing)														
	Instrumento	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
HAT	Helpful Aspects of Therapy form (Elliott, 1993; Sales et al., 2007b)															
EL	Testes de <i>E-Learning</i> inicial e final por aula															

Desta forma, começamos pelos instrumentos destinados ao momento exclusivamente de pré teste.

- **Questionário Sócio-Demográfico (QSD)**

Construído por nós para o efeito, avaliou indicadores sócio-demográficos tais como o sexo, a data de nascimento, os anos de doença, o número de internamentos, o estado civil, a situação laboral, as habilitações literárias, a profissão, o concelho de residência, as pessoas com que partilham residência e condições físicas para aceder à internet.

- **Mini Mental State Examination (MMSE)**

O MMSE (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994) foi inicialmente elaborado com o objectivo de distinguir perturbações cognitivas orgânicas das não-orgânicas, e mais recentemente, tem sido utilizado como um teste de rastreio cognitivo. A sua cotação pode variar de zero pontos até trinta pontos. Contém 11 questões e inclui os seguintes domínios cognitivos: Orientação (10 pontos); Registo (3 pontos); Atenção e Cálculo (5 pontos); Memória (3 pontos) e Linguagem (9 pontos). Guerreiro e colaboradores, aquando a adaptação do instrumento para a população portuguesa, definiram pontos de corte diferenciados consoante o nível de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade. Silveira e colaboradores (2007) definiram como critério de inclusão dos participantes num estudo realizado com pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, uma pontuação igual ou superior a 25 pontos.

De seguida apresentamos os instrumentos que foram aplicados numa lógica de pré e pós teste.

• Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

O ISMI (Ritsher et al., 2003; Oliveira, 2009) é uma medida de avaliação da experiência subjectiva do estigma internalizado, ou auto-estigma, em pessoas com doença mental. Este questionário de auto preenchimento contém 28 itens distribuídos por 5 subescalas, avaliadas por uma escala de likert de 4 pontos “Discordo totalmente” até “Concordo totalmente” (cotadas de 1 até 4 pontos), organizadas nas subescalas: Afastamento social (evitamento em falar de si próprio e relacionar-se com os outros por sentir a sobrecarga da experiência de ter uma doença mental) com 6 itens; Adesão aos estereótipos (grau de concordância com os estereótipos geralmente atribuídos às pessoas com doenças mentais) com 7 itens; Alienação (experiência subjectiva de não se sentir totalmente um membro da sociedade, ou de ter uma identidade danificada) com 6 itens; Experiência de discriminação (percepção da forma como as pessoas sentem que tendem a ser tratadas pelos outros) com 5 itens e Resistência ao estigma (reflecte a experiência de resistir ou não se sentir afectado pelo estigma internalizado) com 5 itens de cotação invertida (Oliveira, 2009). A pontuação total de cada subescala resulta da soma das pontuações dos itens correspondentes respondidos, divididos pelo número total de itens da subescala. A pontuação final deverá variar de 1 a 4 por dimensão. O *alfa de Cronbach* do instrumento original é de 0.90 e o nosso é de 0.92 sabendo-se que é recomendado que os valores se aproximem de 0.80 (Bryman & Cramer, 2003).

Quadro 6. Comparação dos *Alfa de Cronbach* para o ISMI

Dimensões	(Ritsher et al., 2003)	(Oliveira, 2009)	Neste estudo
Afastamento social	,80	,83	,85
Adesão aos estereótipos	,72	,90	,66
Alienação	,79	,84	,72
Experiência de discriminação	,75	,80	,86
Resistência ao estigma	,58	,64	,45
Total	,90	,85	,92

• Recovery Assessment Scale – R (RAS-R)

O RAS-R (Corrigan et al., 2004b; Corrigan, 2012; Sousa et al., 2009) é um questionário de auto-preenchimento cuja versão inicial continha 41 itens. A versão revista contém 24 itens cotados com uma escala de likert de 5 pontos “Discordo totalmente” até “Concordo totalmente” (cotada de 1 a 5 pontos). Corrigan (2010) indica o RAS-R como um instrumento útil na avaliação da eficácia de programas dirigidos ao auto-estigma, já que o estigma pode ser medido através dos aspectos positivos do *recovery*, sendo estes capazes de neutralizar o auto-estigma. O RAS-R contém 5 dimensões: Confiança pessoal e esperança (as pessoas são optimistas em relação ao seu futuro e acreditam que é possível alcançarem os seus objectivos pessoais) com 9 itens; Vontade de pedir ajuda (aos outros, como família ou amigos, que desempenham um papel fundamental na gestão dos problemas e dos desafios) com 3 itens; Orientação para objectivos e sucessos (em vez de se concentrar em problemas e questões que não podem ser alcançados, o *recovery* significa que os objectivos são auto-determinados e o sucesso uma realidade) com 5 itens; Confiança nos outros (além de ajudarem, os outros desempenham um papel central na obtenção dos objectivos) com 4 itens; Domínio dos sintomas (a doença mental não é o único nem mais importante foco da vida; o *recovery* também inclui objectivos e satisfação com a vida) com 3 itens. Actualmente o processo de validação do instrumento está a decorrer realizado por nós, sendo que este trabalho vai ser uma contribuição para o mesmo. O *alfa de Cronbach* das dimensões do instrumento original varia entre 0.74 e 0.87. No nosso estudo varia entre 0.58 e 0.74.

Quadro 7. Comparação dos *Alfa de Cronbach* para o RAS-R

Dimensões	(Corrigan et al., 2004b)*	Neste estudo
Confiança pessoal e esperança	,87	,72
Vontade de pedir ajuda	,84	,65
Orientação para objectivos e sucessos	,82	,74
Confiança nos outros	,74	,58
Domínio dos sintomas	,74	,67

* RAS versão 41 itens

• Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Interação Social (EAESDIS)

A EAESDIS (Pinto-Gouveia et al., 2003) é uma escala de auto-preenchimento que avalia a experiência de mal-estar, desconforto e ansiedade em 44 situações que expõem socialmente o indivíduo, bem como o evitamento deliberado dessas situações. Para além destes 44 itens possui linhas em branco onde o inquirido pode referir outras situações não nomeadas. Cada item é avaliado com 2 sub-escalas: Desconforto/ Ansiedade (com uma escala de likert de 4 pontos, de “Nenhum” a “Severo”, cotada de 1 a 4) e Evitamento (com uma escala de likert de 4 pontos de “Nunca” a “Quase sempre”, também cotada de 1 a 4). Por fim é pedido ao inquirido que indique quais as 5 situações que provocam maior ansiedade. A pontuação total para ambas as escalas varia entre 44 e 176 (Pinto Gouveia et al., 2003). Os *alfas de Cronbach* das dimensões do instrumento original são para o Desconforto/ Ansiedade 0.92 e para o Evitamento 0.95. No nosso estudo são de 0.97 e 0.95.

Quadro 8. Comparação dos *Alfa de Cronbach* para a EAESDIS

Dimensões	(Pinto-Gouveia et al., 2003)	Neste estudo
Desconforto/ Ansiedade	,92	,97
Evitamento	,95	,95

• Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)

A RSES (Rosenberg, 1965; Blascovich & Tomaka, 1991; Santos & Maia, 2003) pretende ser uma medida unidimensional global da auto-estima. É um instrumento que se baseia na definição de auto-estima de Rosenberg (1965, cit. in Santos, 2008, p.30) enquanto “*atitude positiva ou negativa relativamente a um objecto particular, a saber o self*”. É constituída por 10 itens, com conteúdos relacionados com o respeito e a aceitação de si mesmo. Metade dos itens são indicadores de uma auto-estima positiva em relação ao *self* e a outra metade são indicadores de atitudes negativas, estando misturados no questionário. Cada item é avaliado numa escala de *likert* de 4 pontos que variam entre “Concordo totalmente” e “Discordo totalmente”, cotada de 4 a 1.

Depois das devidas inversões, a média dos 10 itens fornece a cotação da escala, cuja pontuação total oscila entre 10 e 40, com os resultados mais elevados a evidenciar níveis mais altos de auto-estima (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). A RSES é muito utilizada pela sua brevidade, simplicidade de linguagem, facilidade de utilização e cotação, sendo mesmo considerada um marco histórico na avaliação do auto-conceito e da auto-estima. O *alfa de Cronbach* do instrumento varia entre 0.77 e 0.92 (vários estudos efectuados por Blascovich & Tomaka, 1991; Santos & Maia, 2003) e o nosso é de 0.81.

Quadro 9. Comparação dos *Alfa de Cronbach* para o RSES

RSES	(Blascovich & Tomaka, 1991)	(Santos & Maia, 2003)	Neste estudo
Total	,77 - ,88	,86 – ,92	,81

De seguida apresentamos os instrumentos seleccionados para a avaliação *ongoing* do programa.

• Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

O CORE-OM (Evans et al., 2000; Sales et al., *in press*) é um instrumento Europeu de auto-preenchimento que procura medir o bem-estar psicológico de adultos. Foi desenvolvido dada a necessidade sentida pelos clínicos que desenvolviam psicoterapia em avaliar as mudanças do quadro clínico dos seus pacientes e dada a dificuldade de acesso dos profissionais a instrumentos de boa qualidade que pudessem ser aplicados por rotina (Evans et al., 2006). Encontra-se adaptado para mais de 20 países e é utilizado em contextos clínicos hospitalares, saúde ocupacional e educacional, bem como na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental. Por ser um instrumento generalista, o CORE-OM é também um potencial instrumento a utilizar na avaliação da aplicabilidade e eficácia de protocolos clínicos inovadores, assim como do seu impacto na saúde mental e qualidade de vida dos pacientes (Sales et al., *in press*). É composto por 34 itens que podem ser agrupados em várias dimensões (Evans et al., 2000): Bem-estar subjectivo (4 itens), Queixas e sintomas (12 itens), Funcionamento social e pessoal (12 itens) e

Comportamentos de risco (6 itens). É importante referir ainda que o domínio Risco não constitui uma sub-escala *per se* do CORE-OM, mas um conjunto de alertas clínicos que os terapeutas e serviços poderão enquadrar no contexto da intervenção em curso, supervisão clínica ou reuniões de equipa. Cada item é avaliado numa escala de *likert* que varia de “Nunca” a “Sempre ou quase sempre”, cujos valores extremos oscilam entre 0 a 4 pontos, reportando-se o participante à experiência da última semana. O instrumento permite a realização de uma análise mais fina às várias dimensões, algumas das quais se subdividem em sub-dimensões e todas elas em dois tipos de intensidade: alta ou baixa. A intensidade alta refere-se a experiências de elevado desconforto ou sofrimento psicológico e a intensidade baixa a situações relativamente frequentes na população em geral. Assim a dimensão Bem-estar subjectivo não tem subdimensões, a dimensão “Queixas e sintomas” subdivide-se em: “Queixas e sintomas- Ansiedade”, “Queixas e sintomas- Depressão”, “Queixas e sintomas –Físico” e “Queixas e sintomas-Trauma”; a dimensão “Funcionamento social e pessoal” subdivide-se em “Funcionamento geral”, “Funcionamento- Relações próximas” e “Funcionamento – Social” ; e os “Comportamentos de Risco” subdividem-se em “Comportamentos de risco-Próprio” e “Comportamentos de risco – Outros”. O instrumento pode ser utilizado como avaliação de entrada ou re-avaliação, e quando repetido no final da terapia, permite observar a existência de mudanças significativas de forma a ajudar os terapeutas a reflectir sobre a eficácia clínica das intervenções, permitindo a supervisão das práticas, o desenvolvimento profissional contínuo e a melhoria dos serviços (Evans et al., 2002). O *alfa de Cronbach* total do instrumento original é de 0.94 e o nosso é de 0.93.

Quadro 10. Comparação dos Alfa de Cronbach para o CORE-OM

Dimensões	Evans et al. (2000)	Sales et al. (<i>in press</i>)	Neste estudo
Bem-estar REVER	.77	.72	,85
Queixas/sintomas	.90	.88	,92
Funcionamento	.86	.84	,66
Risco	.79	.46	,37
Não risco	.94	.94	,92
Total	.94	.94	,93

• **Helpful Aspects of Therapy form (HAT)**

O HAT (Elliott, 1993; Sales et al., 2007b) é um instrumento de auto-preenchimento sucinto, semi-estruturado, que questiona o paciente sobre as suas percepções relativamente aos pontos chave de mudança ocorridos na terapia. Os pacientes são solicitados, no final de cada sessão, a identificar e a descrever com as suas próprias palavras, os acontecimentos da sessão mais importantes, atribuindo uma pontuação ao grau de utilidade de cada um desses acontecimentos, numa escala de *likert* de 5 pontos “Não ajudou nada” até “Ajudou muitíssimo”, cotada de 1 a 5. São também questionados sobre os acontecimentos negativos que possam ter constituído um entrave na sessão, também cotados numa escala de *likert* de 5 pontos, de 1 a 5, “Nada negativo” até “Extremamente negativo”. Este instrumento foi inicialmente criado para um formato de terapia individual, posteriormente adaptado para a Terapia Familiar e depois utilizado na investigação de natureza naturalista ideográfica (Carvalho et al., 2008). No nosso estudo utilizamos uma versão adaptada na qual retiramos duas questões, nomeadamente o tempo de duração dos momentos chave e a localização destes na sessão. Optamos por esta mudança para que o preenchimento fosse ainda mais facilitado, já que os participantes do CEFVA tinham de completar o HAT no final de cada sessão de Sociodrama, com uma duração por si só extensa (90 minutos). Quando os sujeitos referiam cansaço, preenchiam o HAT respectivo antes do início da sessão da semana seguinte, algo também previsto pelos autores (Elliot et al., 2001). O HAT foi aplicado da 2ª sessão à 15ª.

• **Testes de *E-Learning* (EL)**

De forma a avaliar, em cada tema, os conhecimentos prévios de cada participante, bem como a aquisição de novas aprendizagens após a realização da aula *online*, foram construídos questionários de resposta dicotómica. Estes apresentavam duas opções de resposta “Verdadeiro” ou “Falso”. No final do questionário estar preenchido, cada participante procedia à sua submissão *online* recebendo de imediato o *feedback* sobre o número de respostas certas e um reforço qualitativo sobre a sua prestação. Tinha também a possibilidade de

rever as respostas dadas e em quais tinha acertado. O administrador recebia por correio electrónico os resultados dos testes, de forma automática. Os testes foram por nós construídos. Optamos por testes de desempenho com perguntas de resposta fechada por tenderem a assegurar maior objectividade na avaliação e melhor comparabilidade dos desempenhos individuais (Almeida & Freire, 2000), embora possam ter como desvantagem alta proporção de respostas recusadas quando nenhuma das opções agrada ao respondente (Mattar, 1994).

Finalmente, apresentamos os instrumentos utilizados na avaliação exclusivamente pós teste do CEFVA.

• **Change Interview – Family and Individual Therapy (CI-FIT)**

A CI-FIT (Elliott, 1996; Sales et al., 2007a), é uma entrevista semi-estruturada, projectada para obter um relato qualitativo rico da compreensão do paciente, sobre o que mudou e como é que essas mudanças surgiram no final de um processo terapêutico. A entrevista inicia-se questionando o paciente sobre as mudanças sentidas e para cada mudança o paciente responde a três perguntas numa escala de *likert* de 5 pontos (entre 1 e 5). A primeira pergunta refere-se à expectativa da mudança, variando entre “Totalmente esperada” (valor 1) e “Totalmente surpresa” (valor 5), a segunda pergunta refere-se à atribuição dessas mudanças ao processo terapêutico, variando entre “De certeza não acontecia” e “De certeza acontecia” e a terceira pergunta refere-se ao grau de importância que a mudança teve, variando entre “Nada importante” e “Extremamente importante” (Carvalho et al., 2008).

• **Questionário para Familiares (QF)**

O QF foi construído por nós para que os familiares (avaliadores externos) pudessem fornecer dados relativamente a possíveis mudanças do seu familiar em casa. O questionário foi composto por um primeiro grupo relativo a dados identificativos do familiar (sexo, data de nascimento, grau de

parentesco), um segundo grupo sobre as mudanças detectadas no familiar e um terceiro grupo sobre aspectos que gostariam que o seu familiar continuasse a desenvolver em futuros programas de intervenção. O primeiro e o segundo grupo foram compostos por questões de escolha múltipla e o terceiro por uma questão aberta. Foi administrado no dia da cerimónia de encerramento, antes do seu início e demorou cerca de 5 minutos a preencher.

● Entrevista final aos participantes (EF)

A entrevista é um procedimento privilegiado em estudos de natureza qualitativa, já que nos fornece dados que outras técnicas não possibilitam (Patton, 2002). É assim particularmente útil para compreender a perspectiva do entrevistado, as opiniões e a interpretação dos fenómenos sociais vividos, expressadas nas suas próprias palavras, numa conversa dirigida em relação aos nossos objectivos enquanto investigadores (Green & Thorogood, 2004; Silverman, 2004). De acordo com os objectivos traçados para este estudo e através da revisão detalhada da bibliografia sobre o tema, construímos um guião de entrevista com a finalidade de compreender o impacto que o CEFVA teve em cada um dos elementos que participaram no programa. Assim, construímos um sistema categorial *a priori*, organizado em três categorias: Aspectos Formais do CEFVA (categoria A), Estruturação do CEFVA (B) e Impacto do CEFVA (C). A versão final do guião de entrevista resultou da apreciação de um painel de peritos¹⁵, sendo constituída por doze questões, de acordo com as categorias estabelecidas:

- Categoria A - “Onde realizou as aulas no computador: em casa, no hospital ou noutro local?”, “Achou o CEFVA bem organizado?”, “O apoio ao longo do curso foi suficiente?”, “Achou o número de aulas suficiente?”;

- Categoria B - “Achou os temas das aulas interessantes?”, “Quais foram os temas que mais o marcaram?”, “Qual a sua opinião sobre as aulas que

¹⁵ O painel de peritos foi constituído por 3 elementos, um especialista em metodologia qualitativa e dois especialistas em reabilitação psicossocial.

realizou no computador?”, “Qual a sua opinião sobre as sessões de Sociodrama?”;

- Categoria C - “O CEFVA correspondeu às suas expectativas?”, “Qual foi a utilidade do CEFVA para si?”, “Acha que o CEFVA contribui para diminuir o seu auto-estigma em relação à sua doença mental?”, “Acha que o CEFVA contribui para aumentar o seu potencial de recuperação?”.

Estas categorias obedecem a critérios defendidos por autores como Bardin (2009) e Patton (2002) para uma categorização apropriada. Assim, consideramos que as categorias possuem homogeneidade interna, uma vez que a classificação das categorias é governada pelo mesmo princípio e cada categoria se refere a um tema específico e distinto. Por sua vez, a homogeneidade fundamenta outro critério que consiste na exclusão mútua (Bardin, 2009) ou heterogeneidade externa (Patton, 2002), que se traduz no facto de um elemento não poder ter dois ou vários aspectos susceptíveis de serem classificados em duas ou mais categorias.

Para além de considerarmos que as categorias definidas na nossa investigação respeitam estes dois critérios, consideramos que possuem ainda as seguintes qualidades defendidas por Bardin (2009): são pertinentes uma vez que englobam determinantes que podem influenciar a experiência da frequência do CEFVA tais como o *E-Learning*, o Sociodrama e os temas tratados; e são produtivas no sentido que permitem compreender como foi o percurso vivencial dos participantes no CEFVA e a integração de valores inerentes ao constructo de auto-estigma.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE, com recurso a gravação áudio, conduzidas sempre pelo mesmo entrevistador, que apesar de pertencer à equipa de design das aulas de *E-Learning*, e por isso familiarizado com o programa, não estava em contacto directo com os participantes, para que o efeito da desejabilidade social não enviesasse as respostas dadas. As entrevistas tiveram uma duração média de 5 minutos, sendo que a mais curta teve a duração de 3 minutos e 12 segundos e a mais longa de 11 minutos e 58 segundos.

1.2. Procedimentos

Para um melhor entendimento da evolução do CEFVA organizamos os procedimentos do nosso estudo em quatro momentos distintos: concepção do programa “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” (CEFVA), selecção dos participantes, implementação do programa e análise e tratamento dos dados recolhidos.

Em relação à **concepção do CEFVA**, após a determinação dos objectivos que iriam reger o programa de intervenção, iniciamos uma extensiva recolha bibliográfica centrada no tema do auto-estigma das pessoas com experiência de Doença Mental Grave e uma busca exaustiva de programas de intervenção nesta área que correspondessem aos nossos objectivos. Para tal recorremos às bases EBSCO (dando preferência à Psycinfo e à Medline) e SCIELO para pesquisa de trabalhos científicos.

Seguidamente, após sucessivas reflexões com profissionais de diferentes áreas do saber (saúde, informáticos, designers, entre outros) e especialistas na área da reabilitação psicossocial e saúde mental, com a influência da nossa formação pessoal e profissional, seleccionamos os pressupostos e as duas estratégias de intervenção (Sociodrama e *E-Learning*) para incluir no CEFVA, que, segundo o nosso conhecimento, nunca foram combinadas antes, mas que na nossa opinião conferem ao programa um teor inovador e estimulante, absolutamente necessário para o envolvimento activo da nossa população alvo. Começámos então por contactar a Direcção do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João, EPE, de forma a submetermos um pedido de autorização à sua Comissão de Ética tendo obtido resposta positiva.

Foi reunida uma equipa responsável pelo desenvolvimento do Programa, que ao nível da concepção e validação dos conteúdos multimédia online, foi constituída por técnicos de saúde mental especializados em reabilitação psicossocial (Terapeutas Ocupacionais e Psicóloga Clínica) e ao nível do design, por especialistas em *Flash* que, sendo também estudantes de Terapia Ocupacional, possuíam uma sensibilidade diferenciada para a temática em questão. Ao nível das aulas presenciais, a equipa responsável foi constituída

por Técnicos de Saúde Mental especializados em metodologias psicodramáticas, nomeadamente Sociodrama (Terapeuta Ocupacional e Psicóloga Clínica). É também de referir que a administradora do CEFVA, fez parte de ambas as equipas.

O primeiro passo do desenvolvimento de materiais, consistiu na selecção do nome e na criação uma imagem apelativa e mobilizadora para o CEFVA que nos permitiu personalizar os materiais utilizados. Seguiram-se então 8 meses de produção de conteúdos escritos, visuais, sonoros e respectivo design para as **aulas de E-Learning**. De forma a cumprir o princípio da “aprendizagem situada” e já que o auto-estigma e respectivos domínios se enquadram nas situações quotidianas e contextos de vida dos estudantes do CEFVA, foram criadas duas personagens principais e presentes em todas as aulas de *E-Learning*, para que se retratassem duas pessoas com experiência de Doença Mental Grave. Uma das personagens é “Rita”, uma jovem com uma história recente de doença (primeiro surto) que se depara com muitas dúvidas e pretende adquirir conhecimentos. A outra, “Pedro” com evolução crónica (25 anos de doença) que ensina e responde às questões da Rita, adoptando uma postura baseada no conhecimento e na sua experiência pessoal (Figura 6).

Figura 6. Personagens das aulas de *E-Learning* do CEFVA



Assim, ao longo de vários meses foram desenvolvidos conteúdos através do programa *Flash*, que permitiram incrementar dinamismo, interactividade e flexibilidade cognitiva ao longo dos variados exercícios propostos nas aulas (Figura 7).

Figura 7. Exercício interactivo da aula n.º 7 do CEFVA



Para validarmos cada aula concebida implementámos um processo de verificação cuidado e exaustivo, operacionalizado pela equipa responsável pelo programa, com o principal objectivo de assegurar que as aulas cumprissem com as suas especificações e respondessem às necessidades dos futuros utilizadores. Pretendia-se assim descobrir potenciais defeitos e assegurar que a aula fosse de fácil execução. Desta forma, o protocolo consistiu em cada membro da equipa realizar cada aula individualmente e depois em grupo ser feita uma avaliação conjunta das falhas detectadas e de especificidades como a adequabilidade dos conteúdos, o tempo de execução global, o nível de exigência dos exercícios pedidos e das questões diagnósticas, etc..

O facto de trabalharmos diariamente com a população para a qual se iria destinar o CEFVA, permitiu-nos também ir aferindo o impacto dos personagens escolhidos, as cores e os cenários seleccionados para os ambientes virtuais de aprendizagem, e ainda o nível de exigência de alguns exercícios no computador propostos e concebidos para a mobilização dos conteúdos nas diversas aulas. Recorremos, assim, a uma adaptação do método qualitativo de “reflexão falada”, proposto por Goldman (1971), tradicionalmente aplicado em

processos de validação de instrumentos. Este método consistiu na aplicação individual das aulas, junto de sujeitos próximos dos futuros destinatários do programa, pedindo-se que verbalizassem todas as suas impressões em relação a vários aspectos gráficos, facilidade de execução e compreensão dos conteúdos. A partir desse processo foi possível identificar as ambiguidades associadas quer ao formato, quer ao conteúdo das aulas, bem como decidir sobre os processos e estratégias usados pelos sujeitos durante a exploração das aulas e em que medida elas estavam de acordo ou contrariavam os nossos objectivos. Procedemos à realização do método adaptado da “reflexão falada”, com um grupo de 6 utentes do Hospital de dia, da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE, que não participaram depois no estudo e funcionaram como estudo piloto. Recorremos também à consulta de especialistas com prática no domínio, que analisaram alguma da informação recolhida pelo método da reflexão falada.

Simultaneamente à concepção das aulas, desenvolvemos na Plataforma *Moodle* da Universidade do Porto a disciplina CEFVA na qual iriam ser disponibilizadas as aulas, semana a semana. Para tal, contámos com o valioso apoio da Universidade Digital - Unidade de Novas Tecnologias na Educação da Universidade do Porto, na pessoa da Dra. Isabel Martins. Como o *Moodle* da UP é uma tecnologia fechada e apenas permite o acesso a utilizadores previamente registados e autorizados, foi criado um nome de utilizador e uma palavra passe para cada participante do CEFVA, registados no cartão de estudante a ser fornecido a cada participante antes do curso ser iniciado. De forma a cumprir o princípio da “aprendizagem em rede” em ambiente virtual, no *Moodle* foram também colocados avisos e sugestões de lazer, bem como foram abertos fóruns de discussão sobre temas da actualidade nacional e internacional (exemplo: encerramento dos aeroportos internacionais devido à nuvem de cinzas, proveniente da Islândia), instrumentos fundamentais na promoção de actividades de discussão e construção colectiva e colaborativa do conhecimento. A plataforma, como sistema de gestão, permitiu também realizar a calendarização das actividades pedagógicas, a comunicação entre os participantes e o administrador do curso

e registar os passos do participante, com a indicação do tempo utilizado por aula e da data do último acesso.

Entretanto, o CEFVA foi apresentado à equipa da Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE, para que ficassem familiarizados com os requisitos do programa, de forma a serem sugeridos possíveis participantes que beneficiariam da participação neste estudo. Foram também disponibilizados os critérios de selecção dos participantes.

Após a constituição da amostra e já que o CEFVA inclui a adopção de metodologias particulares e desafiantes, nomeadamente o *E-Learning* com a utilização de frequente de novas tecnologias e o Sociodrama com a exposição a um grupo novo, a gestão da variável confiança é de extrema importância para a obtenção do sucesso pretendido (Lagarto & Andrade, 2009). No primeiro contacto que estabelecemos com os participantes, na entrevista individual de acolhimento, foram-lhes apresentados os objectivos do CEFVA, a sua temática central e as suas particularidades investigacionais, e foi assegurado a confidencialidade dos dados e dos resultados apurados ao longo das aulas. Foi-lhes explicado que as informações no *Moodle* da UP apenas estariam disponíveis ao próprio e ao administrador do curso e entregue o cartão de estudante com as respectivas senhas de acesso. Cada utente assinou o consentimento informado indicado pela Comissão de Ética do CHSJ, EPE e, embora o questionário incluísse as instruções por escrito, foram referidas também oralmente, reforçando-se o facto que poderiam esclarecer as suas dúvidas.

Gomes (2008) reforça a necessidade de se assegurar condições de alfabetização digital, que proporcionem os conhecimentos e competências básicas para uma vivência activa na educação à distância. Assim, nos 2 meses que procederam ao início do CEFVA, para que a adopção da tecnologia fosse inclusiva e de forma a fomentar o mecanismo de confiança interpessoal no novo sistema foram ministradas aulas de informática individuais na óptica do utilizador, aos participantes em risco de exclusão digital. Para tal, alguns utentes do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE, de forma voluntária,

ministraram essas aulas nos 5 computadores disponibilizados pelo Serviço, não só a alguns dos futuros participantes do CEFVA, mas também a outros utentes que frequentavam o Hospital de Dia.

No que diz respeito à **implementação do CEFVA**, este decorreu de 5 de Abril a 23 de Julho de 2010 e a sua calendarização pode ser consultada no capítulo anterior. As aulas presenciais decorreram na sala de Psicodrama ou no Ginásio do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE. E as aulas de *E-Learning* foram realizadas ou nas instalações do próprio Serviço, ou noutro local com acesso a computador equipado com placa de som e acesso à internet. O curso finalizou com uma cerimónia de encerramento, na qual estiveram presentes todos os participantes (à excepção de um que tinha ido de férias), familiares, amigos, profissionais de saúde envolvidos e convidados pelos participantes, representantes da direcção do serviço hospitalar onde decorreu o curso e representantes do Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSPIPP. Foram entregues diplomas a cada um dos participantes e os presentes puderam verbalizar a sua opinião sobre o CEFVA e seu impacto quer nos participantes, quer no contexto familiar, quer na instituição hospitalar que o acolheu.

Em relação à **análise e tratamento dos dados recolhidos**, utilizamos diferentes metodologias tendo em conta os instrumentos utilizados e os objectivos pretendidos. Para a análise quantitativa recorremos ao programa estatístico PASW *Statistics* 18, utilizando os testes estatísticos recomendados em função do tipo de variáveis e da definição dos objectivos e hipóteses (Bryman & Cramer, 2003; Maroco, 2010; Levin & Fox, 2004; Siegel & Castellan, 2006), nomeadamente o teste de *Friedman*, o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas e os coeficientes de correlação de Spearman. No caso do teste não paramétrico de *Friedman* para identificar os momentos em que houve variações significativas procedemos à comparação múltipla de médias de ordens. Recorremos também a estatísticas descritivas sempre que tal se justificou.

Para a análise qualitativa no presente trabalho optamos por utilizar a análise de conteúdo na sua função heurística, parecendo-nos ser a mais

adequada uma vez que enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta (Bardin, 2009). Assim, todas as entrevistas gravadas foram transcritas integralmente para papel, constituindo o *corpus* que foi sujeito à técnica da análise de conteúdo. Esta técnica permite a interpretação das comunicações feitas, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do discurso manifesto nas comunicações (Bardin, 2009). Carmo e Ferreira (1998) referem que a análise de conteúdo deve ser objectiva, sistemática e quantitativa, estabelecendo 6 etapas. Na primeira devem definir-se os objectivos e os quadros de referência teórico, a segunda consiste na constituição de um *corpus* e na terceira deve-se proceder à definição das categorias. Na quarta etapa definem-se as unidades de análise e a quantificação, que seria uma quinta etapa, mas não é obrigatória. Como última etapa deve-se efectuar a interpretação dos resultados obtidos.

1.3. Participantes

Considerando que a selecção da amostra é um passo fundamental na investigação (Almeida & Freire, 2000), e tendo em consideração a especificidade dos participantes para um estudo como o nosso, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos; diagnóstico de Esquizofrenia (conforme os critérios do DSM IV-TR); valor igual ou superior a 25 no MMSE; competências de leitura e escrita; aptidão para se deslocar semanalmente ao Serviço de Psiquiatria do CHSJ,EPE.. Como critérios de exclusão definimos: critérios clínicos de descompensação psicopatológica aguda; consumo actual de substâncias ilícitas; deficiência sensorial visual ou auditiva moderada a grave; deterioração cognitiva acentuada.

A amostra foi constituída por utentes do Serviço de Psiquiatria do CHSJ, EPE, sendo uma amostra intencional e ainda de conveniência. Apesar de nos planos ditos experimentais as amostras seleccionadas para a investigação tendencialmente estarem repartidas por dois ou mais grupos de sujeitos, para

além do grupo experimental não nos foi possível constituir um grupo controle devido à dificuldade em encontrar sujeitos que cumprissem os critérios enunciados, sobretudo que não estivessem a receber outros tipos de intervenção em paralelo. Assim, iniciaram o curso 19 participantes, dos quais 17 concluíram o programa. É de referir que uma das desistências deveu-se a dificuldades económicas para a pessoa se deslocar semanalmente ao hospital, enquanto a outra resultou da dificuldade manifesta do participante em cumprir as exigências inerentes a estar em grupo com pessoas com o mesmo diagnóstico. Estes dois participantes estiveram presentes apenas nas primeiras duas sessões e por isso não os iremos considerar para efeitos de caracterização da amostra.

Para as sessões presenciais (Sociodrama), por uma questão de espaço físico e pensando também na dinâmica das sessões, foram constituídos dois grupos, um com 9 participantes e o outro com 8 participantes, formados por conveniência dos participantes tendo em conta a sua disponibilidade de horário.

No que se refere à caracterização da amostra (Quadro 11), a idade variou entre 26 e 51 anos, com uma média de 38 anos, enquanto os anos de doença variaram entre 2 e 24 anos, com uma média de 14 anos. Nos resultados do rastreio cognitivo a média é de 27,9 apresentando aqui esses dados pois fizeram parte do processo de selecção da amostra.

Quadro 11. Média da idade, anos de doença e rastreio cognitivo pelo MMSE (n=17)

	Min	Max	Média	DP
Idade	26	51	38,06	8,728
Anos de doença	2	24	14,06	7,537
MMSE	25	30	28	1,581

Relativamente ao género, estado civil e existência de filhos (Quadro 12), a amostra inclui apenas 2 elementos do sexo feminino por oposição a 15 do sexo masculino, sendo a maioria dos participantes solteiros e sem filhos. Todos já estiveram internados, registando-se na maioria 2 a 5 episódios. No que diz

respeito à situação laboral, 7 dos elementos estavam desempregados e 10 reformados, e a maioria da amostra possuía habilitações entre o 9º e o 12º anos.

Quadro 12. Caracterização da amostra em função de variáveis sociodemográficas

	n	%
Género		
Feminino	2	11,8
Masculino	15	88,2
Estado civil		
Solteiro	13	76,5
Divorciado	3	17,6
União de facto	1	5,9
Tem filhos?		
Sim	3	17,6
Não	14	82,4
Número de internamentos		
Uma vez	5	29,4
Duas a cinco vezes	10	58,8
Seis ou mais vezes	2	11,8
Situação laboral		
Desempregado	7	41,2
Reformado	10	58,8
Habilitações literárias		
Inferior ao 9º ano	4	23,5
9º a 12º ano	10	58,8
Ensino Superior	3	17,6

Em relação ao concelho de residência (Quadro 13) verifica-se que a maioria dos sujeitos reside nos arredores do Porto, nomeadamente Maia, Matosinhos, Paços de Ferreira e Vila Nova de Gaia, e com a família de origem (pais), verificando-se que apenas um elemento vive com o companheiro. Dos 5 participantes que possuem computador com ligação à internet em casa, apenas 3 realizaram as aulas de *E-Learning* na sua residência. Os restantes 12 participantes recorreram aos computadores do Serviço de Psiquiatria do CHSJ EPE, um realizou a maioria das aulas no local de trabalho adquirido durante o decorrer do CEFVA e outro no Fórum Sócio-Ocupacional que frequentava diariamente.

Quadro 13. Caracterização da amostra em função da residência e local das aulas de *E-Learning*

	n	%
Concelho de residência		
Porto	2	45
Arredores do Porto	15	55
Com quem vive		
Família de origem	16	94,1
Companheiro	1	5,9
Possui computador com ligação à internet em casa?		
Sim	5	29,4
Não	12	70,6
Local de realização das aulas de <i>E-Learning</i>		
Residência	3	17,6
Local de trabalho	1	5,9
Serviço de Psiquiatria do CHSJ. EPE	12	70,6
Fórum Sócio-Ocupacional	1	5,9

Tendo terminado a descrição do método utilizado no estudo empírico, apresentamos seguidamente os principais resultados obtidos.

2. Apresentação dos Resultados

Num primeiro momento da apresentação dos resultados iremos comparar os dados apurados nos momentos pré e pós-teste no nosso grupo experimental. Posteriormente iremos observar os dados apurados ao longo do programa e no final do mesmo.

Começando pelas variáveis relacionadas com o auto-estigma (ISMI) e com o auto-conceito (RSES), podemos observar (Quadro 14), que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões estudadas. No que diz respeito ao auto-estigma destacamos a dimensão “*Resistência ao estigma*” no limiar da significância, indicando uma forte tendência para o aumento da resistência no final do programa. Apesar da não significância verifica-se uma tendência para uma diminuição das médias do Auto-estigma total e um aumento das médias da Auto-estima no pós-teste, sendo que a alienação, a adesão aos estereótipos e o afastamento social apresentam uma redução da intensidade. Já a experiência de discriminação apresenta valores muito aproximados nos dois momentos do programa.

Quadro 14. Comparação das dimensões do ISMI e RSES no pré e pós-teste (Média e desvio padrão)

Dimensões	Pré-Teste M (DP)	Pós-Teste M (DP)	p Wilcoxon
ISMI			
Alienação	2,39 (0,439)	2,33 (0,400)	,460
Resistência ao estigma	2,65 (0,276)	2,84 (0,239)	,064
Adesão aos estereótipos	2,22 (0,399)	2,08 (0,317)	,167
Experiência de discriminação	2,22 (0,504)	2,24 (0,461)	,861
Afastamento social	2,32 (0,446)	2,30 (0,340)	,725
Auto-Estigma Total	2,31 (0,367)	2,24 (0,295)	,393
RSES - Auto-Estima	27,65 (4,300)	28,59 (3,083)	,333

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010 ***p ≤ 0.001

No que diz respeito ao Auto-estigma, a análise ao ISMI item a item (Quadro 15) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas para as afirmações “*As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade*” – dimensão “*Resistência ao estigma*”, “*Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer*

com que eu pareça ou reaja de forma estranha” – dimensão “*Afastamento social*” e “*As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante*” – dimensão “*Adesão aos estereótipos*”. Assim, no final do programa verificou-se um aumento significativo da resistência ao estigma no que diz respeito à percepção do contributo que as pessoas com doença mental dão à sociedade e também uma diminuição significativa do afastamento social, nomeadamente um aumento da socialização e uma diminuição significativa da adesão aos estereótipos, diminuindo a crença de que as pessoas com experiência de doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante.

Quadro 15. Comparação de itens do ISMI com variação significativa entre pré e pós-teste

Dimensões	Item	Pré-Teste M (DP)	Pós-Teste M (DP)	p Wilcoxon
Resistência ao estigma	“As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade”	2,53 (0,624)	3,00 (0,354)	,011*
Afastamento social	“Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma estranha”	2,71 (0,588)	2,35 (0,493)	,034*
Adesão aos estereótipos	“As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante”	2,35 (0,493)	2,00 (0,612)	,034*

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010 ***p ≤ 0.001

Relativamente ao Potencial de recuperação antes e após a intervenção (Quadro 16), apesar de não se verificarem diferenças significativas, existe uma tendência para o aumento do potencial no final da intervenção, nas dimensões “*Confiança pessoal e esperança*”, “*Orientação para objectivos e sucessos*”, “*Confiança nos outros*” e “*Domínio de sintomas*”. A “*Vontade de pedir ajuda*” apresentou uma diminuição da média no pós teste.

Quadro 16. Comparação das dimensões do RAS-R no pré e pós-teste (Média e desvio padrão)

Dimensões	Pré-Teste M (DP)	Pós-Teste M (DP)	p Wilcoxon
Confiança pessoal e esperança	3,76 (0,402)	3,88 (0,461)	,265
Vontade de pedir ajuda	3,96 (0,455)	3,86 (0,265)	,426
Orientação para objectivos e sucessos	3,86 (0,560)	4,00 (0,361)	,245
Confiança nos outros	4,09 (0,364)	4,13 (0,219)	,586
Domínio dos sintomas	3,43 (0,654)	3,51 (0,591)	,501

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010 ***p ≤ 0.001

A análise ao RAS-R item a item (Quadro 17) revelou um aumento estatisticamente significativo na concordância com a afirmação “*Tenho um objectivo de vida*”, enquadrado na dimensão “*Orientação para objectivos e sucessos*”.

Quadro 17. Comparação de itens do RAS-R com variação significativa entre pré e pós-teste

Dimensões	Item	Pré-Teste M (DP)	Pós-Teste M (DP)	p Wilcoxon
Orientação para objectivos e sucessos	“Tenho um objectivo de vida”	3,88 (0,600)	4,24 (0,562)	,034*

*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010 ***p ≤ 0.001

Para conhecermos as relações entre Auto-estigma e Potencial de recuperação, optamos por analisar os resultados apenas depois do final da intervenção (Quadro 18), tendo encontrado uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão “*Domínio dos sintomas*” (RAS-R) e a dimensão “*Alienação*” (ISMI), e outra correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão “*Domínio dos sintomas*” (RAS-R) e a dimensão “*Afastamento social*” (ISMI). Efectuamos ainda uma regressão linear simples, na qual se verificou que o não domínio dos sintomas prediz 32% do auto-estigma ($p=0,018$), sendo o único resultado significativo encontrado.

Quadro 18. Correlações de *Spearman* entre dimensões do ISMI e do RAS-R no pós-teste

RAS-R \ ISMI	Alienação	Resistência ao estigma	Adesão aos estereótipos	Experiência de discriminação	Afastamento social	Auto-estigma total
Confiança pessoal e esperança	0,07	0,28	-0,10	0,01	-0,03	0,06
Vontade de pedir ajuda	-0,05	0,01	0,19	-0,24	-0,25	-0,16
Orientação para objectivos e sucessos	0,13	0,08	0,01	0,08	0,01	0,06
Confiança nos outros	-0,35	-0,38	0,04	-0,36	-0,22	-0,38
Domínio dos sintomas	-0,54*	-0,18	-0,24	-0,42	-0,55*	-0,47

*p ≤ 0.05 **p ≤ 0.01

Relativamente às variáveis relacionadas com a Ansiedade e o Evitamento relacionados com a interacção social (Quadro 19), encontraram-se algumas diferenças estatisticamente significativas. Assim, em relação à dimensão “*Desconforto/Ansiedade*” observaram-se reduções significativas no item 1 “*Participar numa actividade de grupo*”, no item 4 “*Representar, agir ou falar perante uma audiência*”, no item 6 “*Trabalhar enquanto se está a ser observado*”, no item 7 “*Escrever enquanto se está a ser observado*” e no item 14 “*Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa*”. No que diz respeito à dimensão “*Evitamento*” observaram-se também reduções significativas no item 7 “*Escrever enquanto se está a ser observado*” e no item 16 “*Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece muito bem*”. É de realçar que alguns itens apresentaram valores de *p* marginalmente significativos, nomeadamente na dimensão “*Desconforto/Ansiedade*” o item 3 “*Beber num local público*”, o item 12 “*Entrar numa sala onde os outros já estão sentados*” e o item 21 “*Dar uma festa*”, bem como itens na dimensão “*Evitamento*”: item 29 “*Convidar alguém, pela primeira vez, para sair*”, item 34 “*Ir a uma discoteca com um amigo*” e o item 38 “*Fazer um exame oral*”.

Quadro 19. Comparação de itens das dimensões Desconforto/Ansiedade e Evitamento da EAESDIS no pré e pós-teste (Média)

<i>Item</i>	Desconforto pré-teste	Desconforto pós-teste	<i>p</i> Wilcoxon	Evitamento pré-teste	Evitamento pós-teste	<i>p</i> Wilcoxon
1	2,00	1,53	,046*	1,76	1,76	1,000
2	1,47	1,35	,480	1,71	1,53	,448
3	1,47	1,18	,096	1,53	1,35	,366
4	2,59	2,06	,046*	2,12	1,94	,366
5	1,53	1,59	,763	1,94	2,12	,366
6	2,29	1,53	,012*	1,88	1,59	,132
7	2,12	1,41	,018*	2,06	1,59	,039*
8	2,12	1,94	,366	2,06	1,82	,234
9	2,12	2,00	,527	1,88	1,94	,564
10	2,18	2,18	1,000	2,12	2,24	,527
11	1,47	1,47	1,000	1,59	1,47	,527
12	1,71	1,35	,083	1,71	1,41	,236
13	2,41	2,53	,414	2,59	2,24	,107
14	2,65	2,12	,030*	2,41	2,41	,763
15	1,94	1,94	1,000	1,88	1,82	,763
16	2,59	2,24	,109	2,35	2,06	,025*
17	2,00	1,94	,679	2,18	2,24	,914
18	2,24	2,06	,380	2,12	2,18	,655
19	2,65	2,59	,655	2,29	2,65	,250
20	1,94	1,82	,627	1,94	1,65	,212
21	1,94	2,35	,070	2,06	2,06	1,000
22	1,94	2,00	,803	2,29	2,00	,248
23	2,47	2,53	,566	2,35	2,06	,288
24	1,35	1,24	,480	1,47	1,76	,129
25	2,35	2,29	,655	2,18	2,18	1,000
26	1,88	1,82	,763	1,82	2,00	,527
27	1,65	1,71	,705	1,82	1,71	,527
28	2,12	2,00	,593	2,41	2,47	,791
29	2,35	2,65	,187	2,18	2,53	,083
30	1,41	1,71	,272	1,53	1,47	,705
31	1,47	1,53	,655	1,35	1,65	,166
32	1,47	1,53	1,000	1,76	1,53	,248
33	1,82	1,65	,490	1,71	1,53	,405
34	1,88	2,12	,409	1,76	2,12	,083
35	2,12	1,94	,454	2,18	2,06	,414
36	2,24	2,06	,453	2,00	1,88	,527
37	2,41	2,53	,480	2,12	2,24	,729
38	2,06	2,00	,763	1,76	2,18	,070
39	2,24	1,94	,298	2,00	1,88	,714
40	1,88	1,82	,705	1,71	2,00	,236
41	1,47	1,47	1,000	1,71	1,65	,655
42	1,71	1,65	,655	1,65	1,53	,414
43	1,88	1,82	,739	2,12	2,00	,608
44	1,82	1,59	,194	1,88	1,71	,470

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.001$

No que se refere aos resultados encontrados na avaliação *ongoing* durante a aplicação do programa realizado, iremos seguidamente analisar as

quatro aplicações do CORE-OM, para depois analisarmos o HAT e os testes de *E-Learning* aplicados semanalmente.

Assim, relativamente ao CORE-OM, nos quatro momentos distintos de avaliação definidos de 4 em 4 semanas (Quadro 20), para as variáveis relacionadas com o bem-estar psicológico, verificamos que as médias das dimensões “*Bem-estar subjectivo*”, “*Queixas e sintomas*” e “*Funcionamento social e pessoal*” diminuem de uma forma generalizada, apresentando a dimensão “*Bem-estar subjectivo*” uma diminuição estatisticamente significativa. Com a comparação múltipla, encontramos na dimensão “*Bem-estar subjectivo*” uma diferença estatisticamente significativa entre o momento 1 e o momento 4 ($p = ,045$). Os “*Comportamentos de risco*”, que os autores advogam que não é propriamente uma dimensão mas sim um alerta para as equipas apresenta uma maior variação entre os 4 momentos.

Quadro 20. Comparação das dimensões do CORE-OM nos 4 momentos de avaliação (Média e desvio padrão)

Dimensões	Momento 1 M (DP)	Momento 2 M (DP)	Momento 3 M (DP)	Momento 4 M (DP)	QQ Friedman	p
Bem-estar subjectivo (n=16)	1,56 (0,738)	1,33 (0,805)	1,33 (0,700)	1,27 (0,819)	8,865	,031*
Queixas e sintomas (n=16)	1,43 (0,756)	1,40 (0,724)	1,30 (0,529)	1,24 (0,671)	2,872	,412
Funcionamento social e pessoal (n=15)	1,41 (0,424)	1,22 (0,408)	1,28 (0,435)	1,26 (0,515)	5,459	,141
Para si (n=15)	0,37 (0,604)	0,52 (0,691)	0,22 (0,364)	0,23 (0,383)	4,452	,217
Comportamentos de risco Para outros (n=16)	0,09 (0,202)	0,31 (0,125)	0,19 (0,359)	0,22 (0,315)	5,361	,147

* $p \leq 0.050$ ** $p \leq 0.010$ *** $p \leq 0.001$

Para uma análise mais pormenorizada destes resultados, apresentamos (Quadro 21) os valores dos 34 itens do CORE-OM, distribuídos por subdimensões e diferentes níveis de intensidade (segundo Sales et al., *in press*), incluindo quer experiências de elevado desconforto ou sofrimento psicológico (intensidade alta), quer situações relativamente frequentes na população geral (intensidade baixa). Encontramos diferenças significativas entre os quatro momentos de avaliação nas seguintes subdimensões e

intensidades: “*Queixas e sintomas – Ansiedade*”, intensidade Baixa; “*Funcionamento Geral*”, intensidade Alta; “*Funcionamento – Relações próximas*”, intensidade Baixa e intensidade Alta; “*Comportamentos de Risco – Próprio*”, intensidade Alta. Contudo, com a comparação múltipla não encontramos diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das subdimensões mencionadas. É de referir que no “*Funcionamento Geral*”, intensidade Baixa observa-se um valor no limiar da significância. Verificamos, assim, que as queixas e os sintomas relacionados com a ansiedade, frequentes na população geral, diminuíram no final da intervenção. No que diz respeito ao “*Funcionamento geral*”, observa-se que o sentimento relativo a “*Senti-me bem com as coisas que consegui fazer*”, evoluiu positivamente, enquanto o aspecto referente a “*Tenho conseguido as coisas que queria*” evoluiu negativamente. Relativamente ao “*Funcionamento – relações próximas*” verifica-se uma evolução positiva das situações positivas relativamente frequentes na população geral e uma diminuição das experiências de elevado desconforto ou sofrimento psicológico. Finalmente, no que diz respeito aos “*Comportamentos de risco*” dirigido ao próprio, verificou-se também uma diminuição das experiências de elevado desconforto ou sofrimento psicológico.

Quadro 21. Comparação dos itens do CORE-OM por dimensão e nível de ansiedade, nos 4 momentos de avaliação (Média e desvio padrão)

Dimensões	Itens	Intensidade	Mom.1 M (DP)	Mom.2 M (DP)	Mom.3 M (DP)	Mom.4 M (DP)	QQ Friedman	p
Bem-estar subjectivo	4 – “Tenho-me sentido bem comigo próprio/a”	Baixa	1,79	1,56	1,53	1,53	4,125	,248
	31 – “Tenho-me sentido optimista em relação ao meu futuro”		(0,867)	(0,864)	(0,739)	(0,838)		
	14 – “Tenho sentido vontade de chorar”	Alta	1,15	1,06	1,12	1,06	1,387	,709
	17 – “Senti que os meus problemas são demais para mim”		(0,897)	(0,917)	(0,820)	(0,899)		
Queixas e sintomas – Ansiedade	2 – “Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a”	Baixa	1,97	1,78	1,69	1,50	9,694	,021*
	20 – “Não consegui pôr os meus problemas de lado”		(0,780)	(0,930)	(0,793)	(0,894)		
	11 – “A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes”	Alta	1,06	0,97	0,94	0,94	1,085	,781
	15 – “Senti pânico ou terror”		(0,998)	(1,038)	(0,768)	(0,933)		
Queixas e sintomas – Depressão	3 – “Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar”	Baixa	1,41	1,32	1,41	1,32	0,984	,805
	27 – “Tenho-me sentido triste”		(0,475)	(0,431)	(0,475)	(0,585)		
	5 – “Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo”	Alta	1,26	1,24	1,06	1,21	3,810	,283
	23 – “Senti-me desesperado/a ou sem saída”		(0,886)	(0,903)	(0,634)	(0,792)		
Queixas e sintomas – Físico	8 – “Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	Baixa	1,18	0,97	0,94	0,94	2,357	,502
	18 – “Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite”		(0,660)	(0,672)	(0,556)	(0,556)		
Queixas e sintomas – Trauma	13 – “Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam”	Alta	1,26	1,15	1,32	1,26	2,400	,494
	28 – “Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter”		(1,017)	(1,042)	(0,918)	(1,187)		
Funcionamento Geral	12 – “Senti-me bem com as coisas que consegui fazer”	Baixa	1,06	1,35	1,06	1,53	7,808	,050*
			(0,899)	(0,786)	(0,827)	(0,800)		
	7 – “Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal”	Alta	1,29	1,06	1,41	1,53	3,294	,348
			(0,772)	(0,659)	(0,870)	(1,007)		
Funcionamento Geral	21 – “Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso”	Baixa	1,25	1,13	1,19	1,19	0,276	,964
			(0,683)	(0,619)	(0,655)	(0,544)		
	32 – “Tenho conseguido as coisas que queria”	Alta	2,00	1,75	1,69	1,63	7,901	,048*
			(0,894)	(1,000)	(1,078)	(0,957)		

Quadro 21. Comparação dos itens do CORE-OM por dimensão e nível de ansiedade, nos 4 momentos de avaliação (Média e desvio padrão) – conclusão

Dimensões	Itens	Intensidade	Mom.1 M (DP)	Mom.2 M (DP)	Mom.3 M (DP)	Mom.4 M (DP)	QQ Friedman	p
Funcionamento – Relações próximas	3 – “Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar”	Baixa	0,97	0,69	0,84	1,06	9,287	,026*
	19 – “Senti que tenho pessoas de quem gosto”		(0,562)	(0,479)	(0,507)	(0,655)		
	1 – “Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a”	Alta	1,88	1,56	1,59	1,32	8,179	,042*
	26 – “Senti que não tinha amigos”		(0,928)	(0,882)	(0,643)	(0,789)		
Funcionamento – Social	25 – “Tenho-me sentido criticado por outras pessoas”	Baixa	1,16	0,97	1,03	6,88	4,958	,175
	29 – “Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas		(0,790)	(0,741)	(0,694)	(0,785)		
	10 – “Tem-me custado muito falar com as outras pessoas”	Alta	1,18	1,15	1,06	1,09	2,491	,477
	33 – “Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas”		(0,728)	(0,580)	(0,748)	(0,712)		
Comportamentos de Risco – Próprio	2 – “Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a”	Baixa	1,16	1,13	0,88	0,94	5,211	,157
	9 – “Pensei em fazer mal a mim próprio/a”		(0,769)	(0,940)	(0,533)	(0,772)		
	16 – “Fiz planos para acabar com a minha vida”	Alta	0,25	0,38	0,09	0,06	8,314	,040*
	34 – “Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco”		(0,483)	(0,619)	(0,272)	(0,171)		
Comportamentos de Risco – Outros	6 – “Fui violento/a fisicamente com outras pessoas”	Alta	0,09	0,03	0,18	0,21	5,361	,147
	22 – “Ameacei ou fiz alguém sentir medo”		(0,196)	(0,121)	(0,351)	(0,310)		

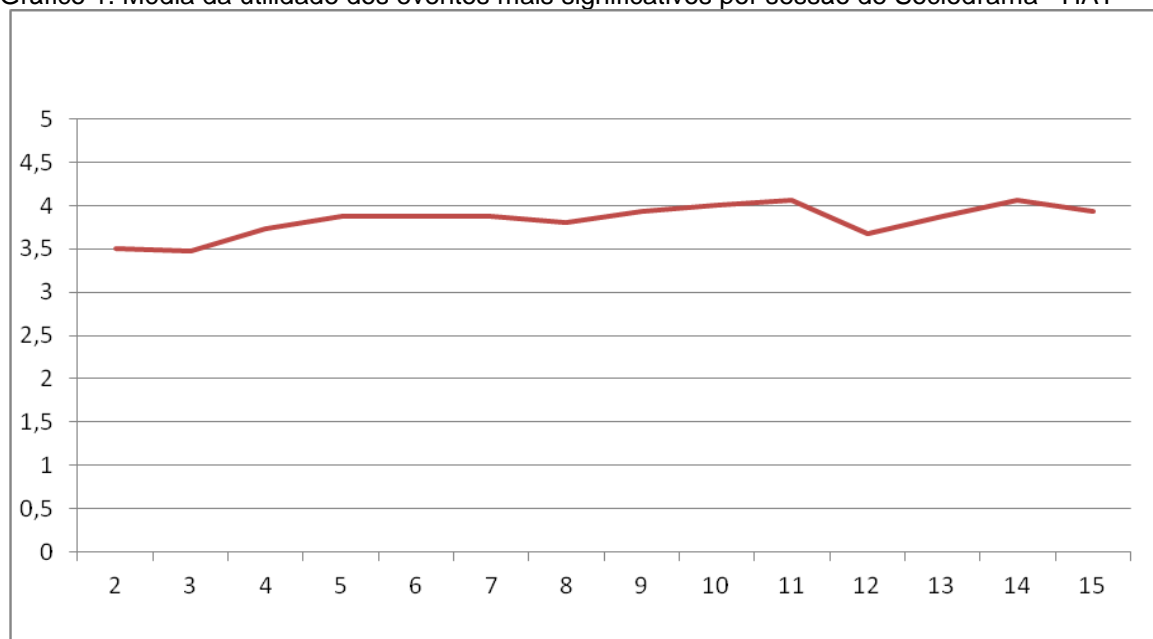
*p ≤ 0.050 **p ≤ 0.010 ***p ≤ 0.001

No que diz respeito ao HAT (Quadro 22), observamos que as médias da utilidade dos eventos mais significativos por sessão de Sociodrama variaram entre 3.47 e 4.06, surgindo a média mais baixa na sessão n.º3 “Factores protectores e de risco para a saúde mental” e a média mais alta nas sessões n.º11 “Evitar o Isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social” e n.º 14 “Auto-estigma e Potencial de Recuperação”. As respostas variaram entre as categorias de resposta “Ajudou moderadamente” e “Ajudou muitíssimo”, podendo a variação semana a semana ser visualizada mais facilmente no Gráfico 1.

Quadro 22. Média da utilidade dos eventos mais significativos por sessão de Sociodrama - HAT

Sessões	Temas	M
2	Promoção da coesão do grupo	3,50
3	Factores protectores e de risco para a saúde mental	3,47
4	Doença Mental: factos e mitos	3,73
5	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda	3,88
6	Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda	3,88
7	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social	3,88
8	Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social	3,81
9	Auto-Estima e Auto-Confiança	3,94
10	Evitar o isolamento: Importância do Suporte Social	4,00
11	Evitar o Isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social	4,06
12	Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal	3,67
13	Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal	3,87
14	Auto-Estigma e Potencial de Recuperação	4,06
15	Como ficar Activo na Comunidade: sentimento de pertença	3,93

Gráfico 1. Média da utilidade dos eventos mais significativos por sessão de Sociodrama - HAT



Consideramos também pertinente apresentar (Quadro 23) alguns exemplos de citações recolhidas no HAT, descritoras de eventos significativos e negativos. Verificamos que os conteúdos dos eventos positivos nas primeiras sessões referem-se em grande medida à experiência da subida ao palco e ao desempenho de novos papéis. Com a evolução do programa centram-se na experimentação das técnicas durante as dramatizações, nas escolhas sociométricas e na relação satisfatória com os outros elementos do grupo e com o próprio. Em relação aos eventos negativos, estes, na generalidade, deixaram de se registar a partir da 5ª sessão, mas os existentes nas primeiras sessões centram-se essencialmente na desconfiança intragrupal sentida e na estranheza na relação com o outro ainda desconhecido.

Quadro 23. Exemplos de citações no HAT relativas a eventos significativos e negativos das sessões de Sociodrama

Exemplos de eventos positivos	Exemplos de eventos negativos
<i>“Subir ao palco”</i> (Participante 14- sessão 2)	
<i>“Quando fiz uma estátua que representava que não sou violento”</i> (Participante 5 - sessão 3)	<i>“Quando dei as mãos a dois colegas senti que uma das mãos estava quente e a outra extremamente fria, o que me impressionou”</i> (Participante 2 - sessão 2)
<i>“Ter sido escolhida várias vezes para fazer de mãe”</i> (Participante 17- sessão 4)	
<i>“Representar o papel de médico quando trocámos de cadeiras”</i> (Participante 1- sessão 5)	<i>“Quando percebi que o grupo estava com dificuldade em confiar”</i> (Participante 14- sessão 3)
<i>“Quando no palco coloquei-me no termómetro da auto-estima nos 100%”</i> (Participante 12- sessão 8)	
<i>“Quando fui abraçado por um colega, que fazia de meu pai”</i> (Participante 11- sessão 9)	<i>“Quando um dos meus colegas no palco, não quis tocar na estátua da sociedade como todos os outros”</i> (Participante 1- sessão 3)
<i>“Ter abraçado um colega quando eu fazia de seu pai”</i> (Participante 15- sessão 9)	
<i>“Quando um colega me agradeceu pelo comentário que eu lhe fiz”</i> (Participante 6- sessão 10)	<i>“Quando dois colegas faltaram à sessão”</i> (Participante 14- sessão 4)
<i>“Quando subi ao palco e consegui comunicar sem hesitação”</i> (Participante 3- sessão 11)	

No que se refere à avaliação de conhecimentos efectuada semanalmente no início e no fim de cada aula de *E-Learning* (Quadro 24), verificamos um aumento significativo no número total de respostas correctas

nas aulas n.º7 “Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social”, n.º8 “Evitar o isolamento: aprender a lidar com a ansiedade social”, n.º9 “Auto-Estima e Auto-Confiança” e n.º11 “Evitar o Isolamento: Estratégias para promover o Suporte Social”. Contudo, também verificamos uma diminuição significativa do número total de respostas correctas na aula n.º5, a primeira do tema “Prevenção de recaídas – aprender a pedir ajuda”. No que se refere ao tempo dispendido (em segundos) para a execução de cada aula, observamos diminuições significativas em todas as aulas à excepção das aulas n.º2 “Factores protectores e de risco para a saúde mental”, n.º4 “Doença Mental: factos e mitos”, n.º9 “Auto-Estima e Auto-Confiança” e n.º13 “Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal”. Porém nessas aulas também se verificou uma tendência para a diminuição do tempo, estando a comparação dos momentos início e fim, das aulas n.º 2 e n.º9, com valores no limiar da significância.

Quadro 24. Comparação da média do total de respostas correctas (RC) e tempo gasto por aula de *E-Learning*, no início e fim da aula (A e D)

Aula	RC-A	RC-D	<i>p</i> Wilcoxon	Tempo A	Tempo D	<i>p</i> Wilcoxon
2	9,41	9,29	0,739	180,7	163,6	0,098
3	8,19	8,88	0,203	182,6	136,7	0,006**
4	9,23	9,38	0,680	184,7	182,2	0,124
5	8,00	6,94	0,007**	232,6	168,0	0,001**
6	6,81	7,73	0,103	310,9	188,4	0,033*
7	8,75	9,25	0,033*	170,3	138,8	0,024*
8	8,94	9,56	0,004**	197,0	169,4	0,027*
9	7,69	8,81	0,001**	199,4	161,8	0,052
10	7,36	7,85	0,208	206,6	165,9	0,005**
11	6,36	7,64	0,004**	202,9	146,7	0,004**
12	8,88	9,00	0,589	177,2	144,5	0,020*
13	8,31	8,88	0,189	193,9	183,4	0,313
14	8,73	8,80	0,705	212,3	160,3	0,003**

p* ≤ 0.050 *p* ≤ 0.010 ****p* ≤ 0.001

Apresentamos agora os resultados encontrados apenas na avaliação final (pós teste) e relativamente à CI-FIT verificamos (Quadro 25), que as mudanças identificadas pelos participantes após as 15 sessões de sociodrama referem-se ao aumento da facilidade ao nível do relacionamento interpessoal (59%), dos conhecimentos sobre a doença mental (41%), da redução do auto-estigma (29%), do aumento da capacidade de prevenir recaídas (29%), do

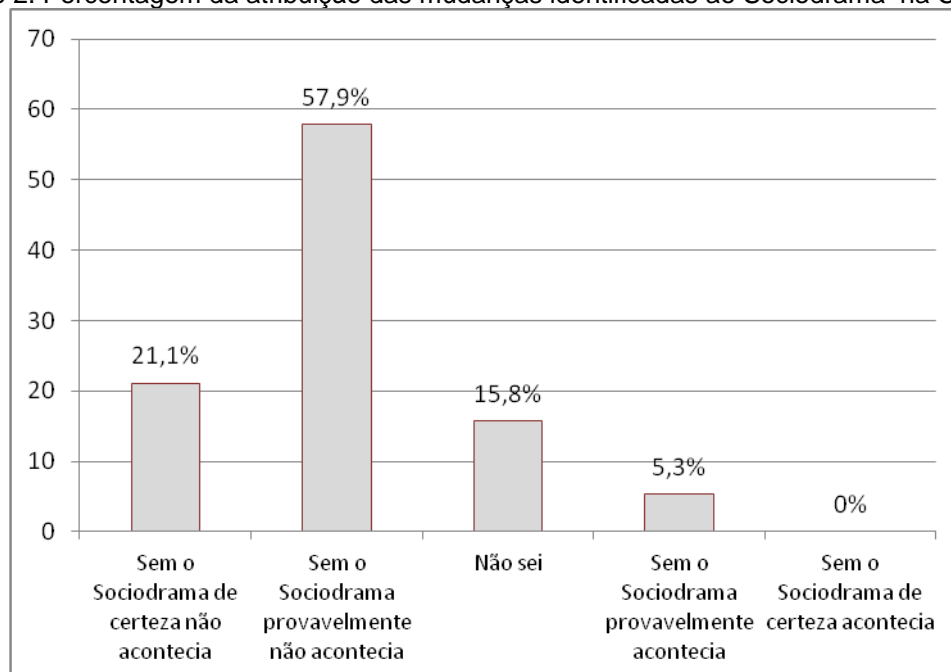
ganho de auto-estima e auto-confiança (24%) e de uma participação mais activa (24%).

Quadro 25. Mudanças identificadas na CI-FIT após 15 sessões de Sociodrama

Mudanças	n	%
Mais facilidade no relacionamento interpessoal	10	58,8
Mais conhecimentos sobre a doença mental	7	41,2
Menos Auto-Estigma	5	29,4
Mais capacidade de prevenir recaídas	5	29,4
Mais Auto-Estima e Auto-Confiança	4	23,5
Mais participação activa	4	23,5

Se analisarmos se as mudanças identificadas foram atribuídas ao Sociodrama (Gráfico 2), verificamos que sem as sessões, 58% dos participantes referem que provavelmente as mudanças não aconteciam, 21% de certeza não aconteciam, 16% não sabem responder e 5% referem que provavelmente aconteciam. É de notar que ninguém respondeu que sem o Sociodrama as mudanças de certeza aconteciam.

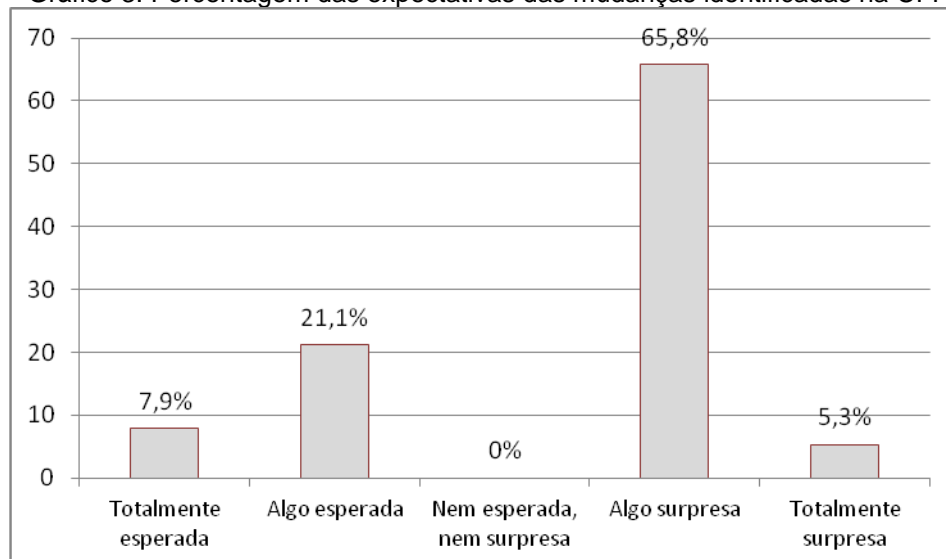
Gráfico 2. Percentagem da atribuição das mudanças identificadas ao Sociodrama na CI-FIT



No que diz respeito às expectativas que os participantes apresentavam perante as mudanças identificadas (Gráfico 3), observou-se que a maioria dos

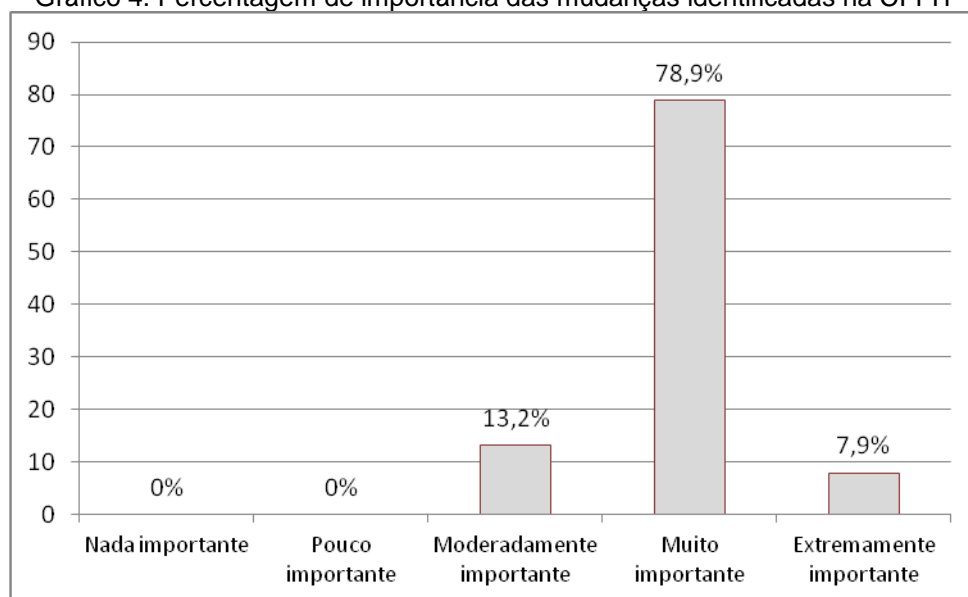
participantes (66%) ficou surpresa. No entanto 21% consideraram que as mudanças foram algo esperadas, 8% totalmente esperadas e 5% totalmente surpresa.

Gráfico 3. Percentagem das expectativas das mudanças identificadas na CI-FIT



Em relação à importância das mudanças identificadas pelos participantes (Gráfico 4), é grande a valorização percebida, já que a maioria (79%) considera muito importantes, 13% moderadamente importantes e 8% extremamente importantes.

Gráfico 4. Percentagem de importância das mudanças identificadas na CI-FIT



Analisando o Questionário para Familiares, verificamos que os respondentes perfizeram um total de 14, sendo 29% do sexo feminino e 71% do sexo masculino, com uma idade média de 53 anos (DP= 11.301 variando entre os 33 e os 70 anos). Em relação ao grau de parentesco 64% são pais, 22% irmãos, 7% companheiros e 7% filhos. Verificamos que 43% dos respondentes revelaram que o seu familiar falou sobre o CEFVA muitas vezes, 36% algumas vezes, 7% poucas vezes, apesar de 14% nunca terem escutado o seu familiar referir o programa. Dos 12 familiares que referiram sentir mudanças nos seus familiares (Quadro 26), a grande maioria aumentou os conhecimentos sobre a doença mental, a facilidade em falar sobre a mesma, as competências de comunicação, a motivação, a adopção de estilos de vida mais saudáveis, a iniciativa para sair de casa e a capacidade para prevenir recaídas. Também se verificou uma diminuição da ansiedade, da tendência para o isolamento e do evitamento de situações de interacção social na maioria dos familiares de participantes do CEFVA. A colaboração nas actividades domésticas também aumentou, embora não com tanta intensidade.

Quadro 26. Percepção dos familiares dos participantes do CEFVA em relação às mudanças observadas

	Diminuiu	Aumentou	Igual	Não sei
Conhecimento sobre a doença mental		10		2
Facilidade em falar sobre a doença	1	10	1	
Competências de comunicação	1	9	1	1
Ansiedade	11		1	
Tendência para o isolamento	11		1	
Evitamento de situações de interacção social	10		2	
Motivação		10	2	
Estilos de vida mais saudáveis		11	1	
Colaboração nas actividades domésticas	1	7	4	
Iniciativa para sair de casa		11	1	
Capacidade para prevenir recaídas		10	2	

Finalmente, apresentamos os resultados obtidos nas 17 entrevistas realizadas aos participantes do CEFVA. Relembramos que estas tiveram como finalidade explorar o impacto que o programa de intervenção teve e validar alguns aspectos relacionados com a estruturação e outros aspectos formais do curso, através de 3 categorias: Categoria A “Aspectos formais do CEFVA”, Categoria B “Estruturação do CEFVA” e Categoria C “Impacto do CEFVA”.

A **categoria A “Aspectos formais do CEFVA”** pretendia caracterizar o local de acesso às aulas *online*, a organização, o suporte fornecido ao longo do curso e o número de aulas. Podemos observar que para a realização do *E-Learning*, dos 17 participantes, 10 recorreram exclusivamente aos computadores do Serviço de Psiquiatria do CHSJ,EPE, dois realizaram as aulas exclusivamente em casa e um exclusivamente na Unidade Sócio-Ocupacional onde estava integrado. No entanto, 4 participantes acederam às aulas em mais do que um local, nomeadamente no hospital e numa biblioteca pública, no hospital e em casa, no hospital e no local de trabalho e em casa e no local de trabalho.

No que diz respeito à organização do CEFVA, todos os participantes referiram que o curso estava bem organizado:

“As aulas versavam sobre temas não eram dadas à sorte” (P16)

“Sim, de facto o curso foi muito bem organizado. As aulas teóricas, as aulas práticas, deram para compreender quais os fundamentos que nos queriam transmitir” (P7)

“Ora bom, eu acho que todos nós quando temos uma doença psiquiátrica ficamos num grau, maior ou menor, ficámos sempre com alguma dificuldade em criar laços com os outros, e ao colocarmos esse tipo de situações em perspectiva, de uma forma temática, de uma forma mais organizada de forma a permitir depois elaborar o tema e não nos dispersarmos em outros caminhos, eu acho que isso acaba por resultar de uma forma muito positiva” (P8)

Também o apoio dado ao longo dos 4 meses foi considerado unanimemente adequado:

“Foi muito útil. O apoio... todas as dúvidas que a gente tivesse eram esclarecidas” (P2)

“Foi aliás uma das preocupações que eu notei na Terapeuta (...) e da equipa que estava com ela, foi clarificar ao máximo certas definições que eram dadas no pc, para que as palavras não ficassem ambíguas... e isso foi bastante útil” (P8)

“Com certeza. O apoio foi feito numa base tecnológica, através do computador, e a terapeuta (...) também disponibilizou todo o apoio que nós precisávamos nas aulas práticas” (P7)

Relativamente ao número de aulas do CEFVA, todos os participantes consideraram adequado, embora alguns sentissem necessidade de mais:

“Sim achei, mas podíamos ter tido mais. Não fazia mal” (P3)

“Talvez mais duas ou três sessões de sociodrama fossem importantes” (P14)

“Para aquilo que abordámos sim... se formos a falar do caso da ansiedade social isso para mim não chegou. Eu gostava de saber mais” (P6)

A segunda categoria definida: **Categoria B “Estruturação do CEFVA”**, pretendia compreender a opinião dos participantes relativamente aos temas e

metodologias seleccionados, tendo-se verificado que todos consideraram os 15 temas interessantes, classificando-os também como úteis e adequados:

“Achei muito úteis porque tratam a nossa doença e nós temos de saber” (P3)

“Sim. Têm a ver com o nosso problema com a nossa saúde e a forma de contornarmos para termos uma qualidade de vida melhor” (P9)

“Perfeitamente. Não só interessantes, mas também os adequados” (P5)

Os temas referidos como mais marcantes são variados, sendo uma mais-valia para conhecermos as necessidades e características dos participantes. Os mais citados foram:

Como evitar o isolamento *“Porque eu me isolo muito” (P1); “Porque eu era uma pessoa isolada e foi por isso que me marcou mais” (P13).*

Como lidar com a ansiedade social *“Gostava de saber ainda mais sobre esse meu problema, para além daquilo que já aprendi” (P6); “Até porque eu tenho uma grande ansiedade a nível social portanto, e uma das coisas que eu retirei, foi o controlo da respiração” (P8).*

Auto-estigma *“Porque existe ainda alguma ignorância acerca desta doença e essa ignorância gera alguns preconceitos que ainda existem na nossa sociedade. E de facto foi isso que me marcou, porque eu convivo com isso todos os dias e de facto é assim que acontece” (P7); “A capacidade de nós próprios termos, pensarmos no optimismo (...) para resolver os problemas. Somos nós que temos de os vencer” (P14).*

Suporte social *“O suporte social fala de muitos assuntos, por exemplo quem é o meu suporte social? De quem é que eu posso ser o suporte social?” (P11).*

Factores de risco para a doença mental *“Os efeitos negativos das drogas, do álcool e do tabaco” (P5).*

Recuperação *“Isto tinha mais a ver com aquilo que eu queria para o futuro que é recuperar sempre cada vez mais até um dia se houvesse uma cura, curar-me. Mas já sei que tenho de tomar a medicação até morrer” (P12).*

Comunicação *“Foi salutar” (P14).*

Quando questionados sobre a sua opinião sobre os dois tipos de aulas, em relação ao *E-Learning* todos tiveram uma opinião extremamente positiva, à excepção do Participante 13 que considerou as aulas aborrecidas: *“É uma seca (risos) porque não gostava muito de fazer...”*. Mas de facto, a opinião consensual é que as aulas realizadas no computador foram importantes, acessíveis, pertinentes, motivadoras, bem estruturadas, úteis e geradoras de novos conhecimentos:

“Eram acessíveis, isto é, eram acessíveis e a quem tenha conhecimentos de informática na óptica do utilizador mas mesmo para aqueles que não tinham eram acessíveis porque houve sempre o cuidado de ter uma orientação e esclarecer dúvidas” (P8)

“As aulas foram importantes, foram transmitidas num modo muito simples que permite o entendimento a qualquer um” (P7)

“Foram boas, também causaram interesse a aprendi novas coisas” (P11)

“...deu-se o caso por exemplo de não responder a perguntas porque não conhecia a investigação. Fiquei a saber a questão ou as questões que se apresentavam de novo, em termos de investigação científica, hum... o meu conhecimento aumentou, melhorou e a minha pontuação melhorou” (P14)

O Participante 9 foi o único que chamou a atenção para a dificuldade sentida num dos temas que se desdobrou em duas sessões, nomeadamente o da Ansiedade Social, como podemos observar na seguinte afirmação: *“Foi acessível, só a 7ª ou a 8ª sessão achei um bocadinho mais complicada mas tirando isso foi fácil”*.

Alguns participantes que não tinham muitos conhecimentos de informática, relataram a evolução sentida no domínio das novas tecnologias e na facilidade de execução das aulas:

“Ao princípio estava assim um bocadinho apreensivo porque tinha que mexer no computador. Mas depois consegui” (P16)

“Ora bem, eu pensei que fossem mais complicadas no início, mas depois eu já estava habituado ao computador, já tinha alguma prática, portanto foi fácil” (P2).

Em relação às sessões de Sociodrama, à excepção de um participante que apesar de não ter uma opinião negativa preferiu as aulas do computador, todos os restantes valorizaram com entusiasmo a metodologia, considerando-a importante e interessante:

“É uma maneira de antecipar problemas e de tentar resolvê-los antecipadamente. Acho que foi interessante utilizar essa técnica” (P2)

“Foram muito confortáveis. Ajudaram-me muito. Gostei de debater os problemas, ter o apoio ao contar como correu a semana e algumas questões ajudadas a resolver ajudadas pelas terapeutas” (P9)

“Fazíamos maravilhas...” (P1)

Os participantes realçaram também a importância do Sociodrama para fomentar o bem-estar do grupo e para o estabelecimento de relações afectivas de companheirismo e amizade:

“Gostei porque eram em grupo e partilhávamos opiniões uns com os outros” (P5)

“Foram importantes, porque criou-se um círculo de amizade e é pena ter acabado” (P15)

“Ainda gostei mais porque interagi com os outros doentes e é como eu digo, conheci novos amigos, amigos que eu não vou esquecer até ao fim da minha vida, gostei muito” (P12)

As aulas presenciais de Sociodrama foram também consideradas um bom complemento das aulas de *E-Learning* sendo o discurso do Participante 7 bem demonstrativo: *“São importantes porque nos permite interiorizar mais facilmente aquilo que nos foi dado nas aulas teóricas”*. Por sua vez o Participante 3 verbalizou a sua insegurança e dificuldade inicial em se expor e subir ao palco, que com o decorrer das sessões foram ultrapassadas: *“Custou-me um bocadinho a fazer, mas depois de entrar no sistema, já não custava tanto. Subir ao palco, estar ali em frente a toda a gente, ao princípio não os conhecia muito bem e era sempre mais complicado. Mas depois com o correr do tempo foi mais fácil”*.

A última, **categoria C “Impacto do CEFVA”**, pretendeu perceber se o curso correspondeu às expectativas dos participantes bem como compreender quais as repercussões do programa no dia-a-dia, no auto-estigma e no potencial de recuperação dos estudantes. Observamos que todos os participantes referiram que o CEFVA correspondeu às expectativas, tendo mesmo ultrapassado para alguns deles. Elegemos a afirmação do Participante 14 como mais demonstrativa: *“Completamente! Ultrapassou até. Hum... Aprendeu-se bastante. Houve uma confiança entre membros, elementos, extremamente positiva e ao mesmo tempo houve um cuidar mais de si... de si próprio”*.

No que diz respeito à influência no dia-a-dia todos os participantes concordaram com a grande utilidade do curso. Foram assim discriminados

vários aspectos sendo mais referidos (por 13 dos inquiridos) o aumento do conhecimento sobre a doença e o ganho de competências de gestão de sintomas e prevenção de recaídas:

“Ajudou a perceber melhor, e a pedir ajuda, e esses factores, ver a descompensação e assim perceber os sintomas” (P4)

“A nível pessoal este curso traz-me um conjunto de informações que me permite lidar com essa doença no quotidiano. Falo especificamente por exemplo no isolamento, que é um dos sintomas dessa doença, um dos cenários e o curso ensinou-nos a como lidar com esse isolamento para evitá-lo” (P7)

“Saber lidar melhor com a minha doença. Evitar novas crises, tomar a medicação” (P9)

“Foi útil porque aprendi novos conhecimentos sobre a doença.” (P12)

Outras das utilidades encontradas foi a de promover uma vida mais activa:

“É um curso que nos ensinou a gozar mais a vida e a ter uma vida mais activa” (P5)

“Foi um despertar... para a vida activa” (P1)

“Ajudou-me a sentir melhor. Aprendi que a gente não deve ficar isolados e a pensar muito em nós.... A gente tem de se divertir mais, fazer exercício e sair” (P13)

Relativamente ao impacto no auto-estigma, todos os participantes foram unânimes ao referirem que o CEFVA contribuiu para a diminuição do estigma internalizado. Alguns associaram os benefícios de ter menos auto-estigma à facilidade conquistada ao nível da interacção social:

“Permitiu que não me isolasse, porque às vezes eu isolo-me um bocado em casa e assim aqui estou com amigos e até mesmo para ir fumar um cigarro ou tomar um café” (P12)

“Sinto-me com vontade de me abrir com as outras pessoas. Sinto muita força em mim. Já subo ao palco sem dificuldades” (P17)

“E de tal forma criamos esses fantasmas, nós próprios ao colocarmo-nos à margem, porque pensamos que eles não vão entender, ou eles vão fazer troça de mim, ou outra coisa qualquer... acabamos por nos ostracizar a nós próprios, portanto foi uma das coisas que eu já tinha noção disso, mas o curso ajudou-me a encaixar-me melhor nos contextos sociais” (P8)

Outros demonstraram que o curso também contribuiu para serem mais capazes de lidar com os estereótipos e os preconceitos:

“Tinha bastante preconceito com a minha doença e agora já a encaro de maneira diferente” (P3)

“Por exemplo o caso de poder trabalhar ou ter uma vida normal, foi interessante porque eu pensava que com esta doença não se podia ter uma vida normal” (P2)

“Eu dantes não gostava da palavra doença mental e agora já sei como lidar” (P5)

“Acho que é muito útil, porque faz-nos ver coisas de outra perspectiva e ajuda-nos mesmo a lidar com a doença, com os nossos preconceitos. Acho que foi muito útil” (P3)

É também de realçar que alguns dos participantes referem que o facto de terem adquirido competências de gestão da doença também contribuiu para a diminuição do seu auto-estigma:

“As outras pessoas é que provocam o auto-estigma, a gente também tem auto-estigma dentro de nós, mas acho que o que a gente tinha dentro de nós desapareceu mais facilmente com estas aulas, porque a gente ficou com um conjunto de noções” (P2)

“O auto-estigma é gerado pela ignorância pelo facto de não sabermos bem em que consiste a doença. O esclarecimento que nos foi dado permite-nos lidar melhor” (P7)

Também o *empowerment* dirigido à luta contra o estigma foi estimulado pelo CEFVA:

“Como não tenho nenhum letreiro na testa a dizer que sou esquizofrénico ou tenho outra doença qualquer eu acho que eu próprio também tenho que trabalhar no sentido em que essa carga pejorativa que existe em torno da doença mental também se desvaneça. Ou seja, o esforço não pode ser feito apenas por uma parte, não podemos apenas responsabilizar os outros por discriminarem as pessoas com doença mental por ignorância, se nós próprios de certa forma acabamos ao desresponsabilizá-los discriminá-los porque os consideramos como sendo ignorantes. E ao não termos um contacto com aqueles que estão do outro lado, acabamos por contribuir para que essa ideia pejorativa da doença mental se mantenha” (P8)

Finalmente, no que diz respeito ao efeito do curso no potencial de recuperação dos participantes, as entrevistas realizadas ajudaram-nos a compreender o impacto positivo relatado:

“Sim, sim, porque agora já tenho maneiras de lidar com a minha doença e superar as coisas” (P3)

“Acho que sim, porque com o conhecimento que tenho agora sobre como evitar recaídas, como continuar a melhorar, isso só é bom” (P5)

“As informações que obtivemos, bem como o treinamento nas sessões de sociodrama certamente ajudaram-nos a aumentar o potencial de recuperação” (P7)

“Eu acho que o simples facto de estar a dar esta entrevista da forma como estou a dar (...) até porque tenho uma certa paranóia com câmaras de vídeo, câmaras fotográficas, gravadores e só o facto de estar a fazer isto já posso considerar um passo” (P8)

“Completamente. Completamente. Venci alguns medos, por exemplo eu comecei por ter medo de andar de autocarro, por ter medo de andar ou de transportar os meus trabalhos sozinho e com o caminhar das coisas, que leva o seu tempo, o tempo de recuperação, isso foi vencido, por exemplo” (P14)

No entanto, também foi possível observar a consciência, a cautela e a prudência que alguns participantes apresentam em relação ao seu futuro:

“Muito, pouco ou nada? (risos) Nada não vai ser, como é que eu hei-de dizer... estas coisas são um bocado delicadas de lidar... Eu vejo pessoas com muita garra e vontade e a cumprir tudo o que se faz e a ter problemas. Isso preocupa-me um bocado. Porque nestas coisas não costuma haver solução a 100%.... o facto de já ter um problema faz com que tenhamos de ter alguns cuidados... e eu procuro fazer exactamente isso. Eu, basicamente, a

única coisa que me preocupa, como balanço final e para resumir aquilo que me preocupa a mim é, portanto, situações stressantes, que é aquilo que temos na sociedade no dia-a-dia. E eu neste momento tenho um pilar muito grande que são os meus pais que me aturam e me vão ajudando com essas coisas, mas... não duram sempre” (P6)

“Aumentar o potencial de recuperação.... Eh... eu gostava de pensar que sim, gostava de pensar que sim (...) Porque este tipo de doenças não é fácil mesmo para os doentes lidarem com elas... nem para os doentes nem para os técnicos nem para os familiares e as pessoas mais chegadas... nunca se sabe muito bem como vai ser o potencial de recuperação, portanto à partida em termos sociais talvez” (P8)

Outro aspecto que a entrevista final nos permitiu identificar foi o impacto muito positivo do Pressuposto da “Abordagem baseada na percepção de grupo” orientador do CEFVA, na aquisição de conhecimentos e no próprio sucesso do curso:

“Ouvirmos outros colegas e amigos com problemas parecidos ou semelhantes também ajuda-nos a ter uma certa percepção de como encararmos esses problemas se os viermos a ter, porque ninguém está livre disso, não é?” (P6)

“Dá para aprender novas coisas, porque há pessoas que têm os mesmos problemas que nós... para não nos sentirmos os únicos com problemas” (P15)

“Uma coisa que ajudou muito é que antes já tinha feito psicoterapia individualmente. Agora vejo que há mais pessoas como eu. Só aqui consegui isto. Porque nos consultórios privados embora a sala estivesse cheia isso não adiantava” (P9)

Por fim, compreendemos também que o CEFVA marcou os participantes que fizeram um balanço positivo da sua participação:

“Foi um curso muito bom, aprendemos muitas coisas novas e foi muito útil” (P2)

“Acho que vai ser bom para o futuro” (P3)

“Aprendi coisas que também já conhecia mas aprendi coisas novas e foi estimulante. Eu adorei” (P12)

“Foi um curso muito benéfico, que se deve manter e ser aplicado mais vezes” (P14)

Passamos de seguida à discussão dos resultados apresentados.

3. Discussão dos resultados

Neste ponto do nosso trabalho iremos analisar e discutir os resultados encontrados, procurando saber se as hipóteses por nós avançadas se verificaram, bem como fundamentar as conclusões extraídas dos resultados obtidos e articula-las com os resultados de estudos similares e da literatura da especialidade disponível e já explorada. Tentaremos efectuar esta tarefa de

forma desprendida e distanciada, se possível, das nossas vivências enquanto profissional da área e enquanto investigadora envolvida na concepção e operacionalização do CEFVA.

Para melhor enquadrarmos a discussão dos resultados, relembramos que todo o trabalho desenvolvido foi orientado por dois objectivos que nos guiaram ao longo dos vários meses de preparação e implementação do estudo. O primeiro objectivo centrou-se na construção de um programa de intervenção especializado de *B-Learning* dirigido à diminuição do auto-estigma em pessoas com experiência de Doença Mental Grave, como é o caso da Esquizofrenia. Articulando o conhecimento mais contemporâneo acerca desta temática com a perspectiva de vários especialistas em reabilitação psicossocial e profissionais de diferentes áreas do saber, determinamos os pressupostos, metodologias e procedimentos do “Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” (CEFVA), destinado a ser implementado em estruturas de reabilitação psicossocial de pessoas com experiência de Doença Mental Grave. A visão integradora da psicoeducação, vertida na originalidade e actualidade dos pressupostos determinados, bem como a ampla divulgação efectuada em diferentes eventos científicos, tem despertado a curiosidade acerca do CEFVA. O segundo objectivo relacionou-se, precisamente, com a avaliação da eficácia do programa nas dimensões relacionadas com o auto-estigma, numa população com características tão específicas como são as pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia. Assumimos, então, como hipóteses, que o CEFVA contribui para: a diminuição do auto-estigma (1); o aumento do potencial de recuperação, a promoção do *empowerment* e a aquisição de competências de gestão da doença (2); e a melhoria da interacção social (3) em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia. A última hipótese postula que o *E-Learning* e o Sociodrama, quando combinados, são metodologias eficazes nas intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia (5).

Discutiremos os resultados obtidos tentando percorrer todas as hipóteses, ressaltando, desde já, um aspecto importante para a discussão de todos os dados: o número reduzido da amostra e consequente influência na significância estatística dos resultados quantitativos do programa.

Tomando como ponto de partida a avaliação da eficácia do CEFVA através do seu impacto no auto-estigma dos participantes, verificamos que ocorreu uma redução nas diferentes dimensões analisadas que integram este construto, apesar da ausência de significância estatística. Apenas a dimensão “*Resistência ao estigma*” apresenta um valor marginalmente significativo, denotando que, nesta amostra, no final do programa a resistência ao estigma apresentou uma forte tendência para aumentar. Este resultado, revelador de um impacto positivo do programa, é confirmado pela análise ao ISMI, item a item, na qual encontramos um aumento significativo da concordância com a afirmação “*As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade*”, item pertencente à dimensão “*Resistência ao estigma*”. Segundo Ritsher e colaboradores (2003), a resistência ao estigma reflecte a experiência de resistir ou não se sentir afectado pelo estigma internalizado e este componente, que segundo Corrigan (2002) permite avaliar a resiliência dos participantes ao estigma, é interpretado como um contributo para a promoção do *empowerment*. Ora este é um dos pressupostos orientadores da nossa intervenção na sua globalidade, que na literatura é considerado o oposto ao auto-estigma (Corrigan et al., 2008; Linhorst, 2006).

Ora a promoção do *empowerment* esteve presente antes mesmo da operacionalização do CEFVA. Estando em causa a utilização de novas tecnologias por parte dos participantes, as dimensões auto-confiança, autonomia e envolvimento activo foram por nós assumidas como condições extremamente importantes para a persecução do sucesso pretendido. A resistência humana à mudança, muitas vezes justificada pelo desconforto que o desconhecido provoca, deve ser prevenida, especialmente junto de uma população com diferentes níveis de conhecimento de informática e competências funcionais, como a que participou no CEFVA. Gomes (2008) reforça a necessidade de se assegurarem condições de alfabetização digital que proporcionem os conhecimentos e competências básicas para uma vivência activa na educação à distância. Assim, numa fase prévia ao CEFVA, foram ministradas aulas de informática individuais aos participantes em risco de exclusão digital, sendo os formadores também pessoas com experiência de Doença Mental Grave. Concomitantemente, em cada fase procurou-se

envolver activamente os participantes na tomada de decisão relativamente à concepção do programa, assumindo-se desta forma o *empowerment* como uma estratégia de promoção da adesão e envolvimento activo no CEFVA.

Outro resultado que torna mais consistente o sucesso alcançado ao nível desse pressuposto relaciona-se com o facto de alguns dos participantes alcançaram objectivos pessoais durante o CEFVA, representativos da estimulação e incentivo promovidos durante o curso. O Participante 4 (com 30 anos de idade e 11 de doença) estando desempregado há quatro anos, retomou a procura de emprego suspensa há 3 anos, e encontrou uma oportunidade na sua área profissional (comercial), começando a partir daí a fazer as aulas de *E-Learning* no seu local de trabalho. As sessões de sociodrama do seu grupo foram entretanto alteradas para a hora de almoço, com consentimento de todos os elementos, para que ele pudesse estar presente, tendo o participante assinalado como um dos eventos importantes numa das sessões finais de Sociodrama *“Foi muito importante quando contei ao grupo como estava a correr o meu trabalho e deram-me os parabéns por estar activo”* (HAT-S14). Por sua vez, o Participante P8 (também com 30 anos de idade mas com 20 de doença) realizou pela primeira vez provas de acesso ao ensino superior com sucesso (escritas e entrevista), inscrevendo-se num curso de uma instituição do ensino superior na cidade do Porto: *“Eu acho que, e agora que vou entrar na faculdade e começar a frequentar com bastante frequência os contextos sociais, eu vou aproveitar certas dicas que eu fui recolhendo aqui (...) porque eu agora fiz as provas e durante esse tempo nem sequer pensei na doença e eu acho que o mais importante é tentar... tentar não, mesmo fazer...”* (P8-EF).

Estes dois indicadores de sucesso tiveram um efeito muito positivo no grupo, servindo de estímulo e exemplo, referido pelos participantes ao longo do curso por várias vezes. De facto, encontramos também na literatura vários programas desenvolvidos para promover o *empowerment* de pessoas com experiência de doença mental, que sublinham a importância da educação e da actividade laboral neste processo (Drake et al., 1999; Mowbray et al., 2005), associando o impacto positivo do aumento do *empowerment* na diminuição do auto-estigma (Corrigan & Garman, 1997; Corrigan et al., 1999; Rogers et al.,

1997). No CEFVA isso também se verificou, o que parece confirmar as nossas hipóteses no sentido da diminuição de indicadores do auto-estigma e de promoção do *empowerment* na nossa amostra.

O *empowerment* é considerado na literatura como necessário para que as pessoas com experiência de doença mental consigam tomar decisões saudáveis, estruturando um projecto de vida e procurando a sua concretização, sendo frequentemente enquadrado como um pressuposto que influencia positivamente a auto-confiança, a auto-eficácia e a aquisição de atitudes mais positivas (Corrigan et al., 2008). Tal verificou-se no nosso estudo quando verificamos que as atitudes positivas dos participantes melhoraram significativamente, já que outro dos itens do ISMI apresentou uma variação significativa no final da intervenção, diminuindo a concordância com a afirmação “*As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante*” (item da dimensão “*Adesão aos estereótipos*”). Ou seja, os estudantes no final do CEFVA concordavam mais com a ideia de que as pessoas com experiência de doença mental podem alcançar uma vida satisfatória. Esta percepção positiva é determinante para a mudança de atitudes auto-estigmatizantes contraria um dos estereótipos mais comuns e associados à doença mental, consequência do estigma público e dos preconceitos a ele associados, que conduzem à discriminação generalizada (Corrigan & Kleinlein, 2005; Watson & River, 2005). Desta forma, o Mecanismo de Auto-estigmatização de Corrigan e colaboradores (2006) alerta para a importância e necessidade da intervenção nos estereótipos a três níveis: consciência, concordância e adesão, que, sendo elementos chave no processo de internalização do estigma, podem despoletar a diminuição da auto-estima e da auto-eficácia das pessoas estigmatizadas, tal como ocorreu no CEFVA.

A evidência apurada em vários estudos indica que as pessoas com experiência de doença mental que vivam numa sociedade que passa uma imagem estigmatizante das doenças mentais irão internalizar essas ideias e acreditar que têm menos valor do que os outros. Esta situação resulta, então, numa perda de auto-estima e auto-eficácia, condicionando o processo individual de recuperação (Link et al., 2001; Ritsher & Phelan, 2004; Ritsher et al., 2003; Watson & River, 2005; Watson et. al., 2007). O CEFVA, através da

sua componente psicoeducativa *online*, forneceu informações úteis para a desmistificação das diversas crenças associadas à Doença Mental Grave, posteriormente objectivadas no palco das aulas presenciais (como por exemplo na Aula 4 “Doença Mental: factos e mitos”). Teve, assim, um impacto positivo na desconstrução do processo de concordância e adesão aos estereótipos, também observável nas declarações de alguns dos seus participantes na EF e na descrição dos eventos mais significativos das sessões presenciais no HAT: *“Foi interessante porque eu pensava que com esta doença não se podia ter uma vida normal”* (P2-EF); *“Faz-nos ver coisas de outra perspectiva e ajuda-nos mesmo a lidar com a doença, com os nossos preconceitos”* (P3-EF); *“Não é por termos uma doença mental que somos mais ou menos que os outros”* (P16-EF); *“O melhor momento foi quando percebi que uma pessoa não tem de se posicionar como um pedinte perante a sociedade”* (P2-HAT-S2); *“O melhor foi quando desmistificamos a doença mental no palco”* (P16-HAT-S4).

No que diz respeito à variação da auto-estima, analisando os resultados obtidos no RSES, verificamos que a auto-estima aumentou no final do programa, apesar desta diferença de médias não ser estatisticamente significativa. No entanto, analisando as mudanças identificadas na CI-FIT pelos estudantes no final do programa, verificamos que a melhoria da auto-estima, associada à melhoria da auto-confiança, é apontada por aproximadamente um quarto dos participantes, que no final fizeram uma avaliação subjectiva de si próprios mais positiva. Esta mudança reflecte a globalidade do programa e o conjunto de pressupostos definidos para o mesmo, manifestando-se ao longo do curso, por exemplo, quando os participantes se congratulavam pelo sucesso alcançado nos testes de avaliação das aulas de *E-Learning*, bem como quando assumiam atitudes mais positivas nas dramatizações promovidas no palco do Sociodrama. Os reforços positivos fornecidos pela equipa quer virtualmente, quer presencialmente, não suplantaram os elogios que os elementos trocavam entre si na fase dos comentários finais nas aulas presenciais, que poderão também ter contribuído para o aumento da auto-estima dos participantes. Na aula dedicada a este tema (Aula 9: “Auto-estima e Auto-confiança”), os objectivos de aprendizagem consistiram em explorar os significados de auto-estima e de auto-confiança, e a importância das mesmos para o bem-estar

considerando estratégias de forma a promover estas percepções positivas. Os resultados da auto-avaliação *online* correspondente a este tema revelaram um aumento estatisticamente significativo dos conhecimentos dos alunos, e, na aula presencial, a ressonância emocional ao tema ficou bem patente nos registos realizados no HAT. Na aula presencial, o momento indicado como mais importante e muito útil pela grande maioria dos estudantes, foi a dramatização de um “termómetro da auto-estima” no qual eles tiveram a possibilidade de nivelar o grau de auto-estima anterior ao início do CEFVA, comparando-o com o medido nessa mesma sessão. Em todos os participantes foi notória a variação positiva: “No termómetro percebi que a companhia dos outros é importante para aumentar a minha auto-estima” (P2-HAT-S9); “Fez-me bem rever as minhas qualidades e aumentar o grau do termómetro da minha auto-estima no palco” (P4-HAT-S9).

Relativamente ao sentimento de auto-eficácia avaliado quantitativamente através do subdomínio “*Funcionamento geral*” do CORE-OM, observou-se, por um lado, um aumento significativo da percepção da auto-eficácia reflectido no item “*Senti-me bem com as coisas que consegui fazer*”. Este resultado parece reflectir o impacto positivo do CEFVA no bem-estar dos participantes por terem conseguido cumprir com os requisitos e desafios propostos pelo curso, alguns deles, note-se, com algum nível de exigência. Por outro lado, verificou-se, nos participantes, uma redução da percepção do alcance dos objectivos desejados para a sua vida, através da diminuição significativa de médias no item “*Tenho conseguido as coisas que queria*”, provavelmente fruto do ganho da consciência do que poderiam ou gostariam de já ter atingido na vida, que inclusivamente alguns deles verbalizaram ao longo das sessões presenciais. Também a dimensão “*Bem-estar subjectivo*” apresentou uma diminuição significativa entre o início e o final do curso justificada por nós pelo mesmo motivo. De facto, a evidência demonstra que o aumento do *insight* pode provocar a diminuição da auto-estima, do bem-estar emocional e da esperança nas pessoas com experiência de doença mental (Hasson-Ohayon et al., 2011, Lysaker et al., 2007). Porém a evidência também indica que a presença de bons níveis de *insight* associados a baixos níveis de auto-estigma é um bom preditor do aumento do potencial de recuperação nas pessoas com Doença

Mental Grave (Staring et al., 2009). Como o ganho do *insight* é um dos objectivos do Sociodrama (Sternberg & Garcia, 2000), facilitado pelo reconhecimento da verdadeira natureza de algo, de que anteriormente não se tinha tido consciência, o CEFVA foi uma mais-valia. Os participantes puderam usufruir do benefício do *insight*, já que este permitiu a observação de determinados problemas comuns, de formas completamente diferentes e novas, produzindo respostas adaptativas e criativas para esses mesmos problemas. Assim, no Sociodrama, o ganho de consciência ocorreu na acção e pela acção, e quando este foi alcançado estivemos perante um dos estímulos mais poderosos para o processo de mudança dos participantes. Se a metodologia do curso se tivesse limitado à educação à distância, a percepção e monitorização destes estímulos, que também aconteceram nessas aulas, dificilmente seriam percebidos pela equipa. Nas sessões presenciais de Sociodrama, os participantes não só partilharam momentos de *insight* ocorridos durante as aulas de *E-Learning*, como os experimentaram nas dramatizações, proporcionando-nos momentos de intensa descoberta e gratificação enquanto equipa terapêutica. Tal pode-se observar em variadíssimos registos do HAT, instrumento que na nossa opinião foi muito importante para a avaliação do impacto do Sociodrama nos participantes: “*Reparei na minha estátua que estou a iniciar um novo capítulo da minha vida*” (P5-HAT-S4); “*Percebi ali, com a nossa comunidade construída no palco, que a esperança é a última a morrer*” (P15-HAT-S15); “*O momento em que me apercebi que as doenças mentais não escolhem classes ou idades*” (P8-HAT-S2); “*Quando representei a preguiça e percebi que posso ser tudo menos preguiçoso (...) quando fiquei contente ao perceber que posso ser suporte de alguém*” (P13-HAT-S11).

Em relação ao potencial de recuperação, outra dimensão associada conceptualmente ao auto-estigma, observamos que apesar das diferenças encontradas no RAS-R não serem estatisticamente significativas, encontramos a tendência esperada para o aumento da “*Confiança pessoal e da esperança*”, da “*Orientação para objectivos e sucessos*”, da “*Confiança nos outros*” e do “*Domínio dos sintomas*”. Já a “*Vontade de pedir ajuda*” apresenta uma tendência para a diminuição. Tal diminuição pode ser explicada pelo facto de o programa ter proporcionado *empowerment* e um ganho do controle sobre a

doença, o que levou a que naquele momento, a necessidade de ajuda não fosse contemplada pelos participantes. Analisando os relatos recolhidos na EF observamos que, de facto, o potencial de recuperação aparentemente aumentou para a generalidade dos participantes, contribuindo para a confirmação de outra das nossas hipóteses: *“Acho que estou a melhorar e isso nota-se, com as outras pessoas, com os meus amigos, com a minha família”* (P12-EF). Os participantes relacionaram essa percepção, de forma consistente, com o ganho de competências ao nível da gestão da doença obtido no CEFVA: *“Com o conhecimento que tenho agora sobre como evitar recaídas, como continuar a melhorar, isso só é bom”* (P5-EF); *“Foi útil porque aprendi novos conhecimentos sobre a doença. O meu médico é que me encaminhou para o curso e assim até já posso falar mais um bocado com ele porque às vezes quando eu vinha à consulta não sabia o que havia de dizer, não me lembrava de nada”* (P12-EF).

O ganho de competências de gestão da doença foi de facto um aspecto importante nos resultados apurados transversalmente neste estudo. No CI-FIT verificou-se que quase metade dos participantes percepcionou uma mudança no aumento dos seus conhecimentos sobre a doença, e, quase um terço no aumento da sua capacidade de prevenir recaídas no final da intervenção, sendo estas mudanças muito valorizadas pelos participantes. Também a generalidade dos familiares concordaram com estas conquistas. De facto, as abordagens educativas têm sido amplamente utilizadas em programas dirigidos ao desenvolvimento de competências de gestão da doença em pessoas com experiência de doença mental (Corrigan et al., 2008). Numa revisão realizada por Mueser e colaboradores (2002) a estudos ao nível da gestão pessoal da doença, os autores encontraram 12 estudos randomizados controlados dirigidos a intervenções educacionais específicas. Os resultados desses estudos permitiram concluir que a abordagem educativa é eficaz no ensino a pessoas com experiência de doença mental, sobre a sua doença e formas de tratamento, embora não diminuísse a gravidade dos sintomas nem o número de recaídas. No entanto, o estudo de Colom e colaboradores (2003) veio trazer novos dados ao comparar um programa psicoeducativo de 21 sessões de grupo dirigido à Doença Bipolar, com reuniões de grupos não estruturadas. O

currículo do programa aplicado incluiu, para além dos conteúdos educativos tradicionais, temas como prevenir a crise, a gestão do stress e o fornecimento de estratégias para resolução de problemas, e também recorreu a exercícios escritos no final das sessões. Os seus resultados sugeriram que as intervenções psicoeducativas com conteúdos variados e recurso a diferentes estratégias, tais como os exercícios escritos, trazem benefícios a pessoas com Doença Mental Grave, como a Doença Bipolar. O CEFVA, recorrendo à abordagem educativa e sócio-terapêutica combinou diversos métodos baseados na Teoria da Flexibilidade Cognitiva, incluindo também testes estruturados no final de cada aula de *E-Learning* e recorreu ao Modelo Psicodramático proporcionando exercícios sociométricos variados. Estas metodologias de auto-avaliação reflectiram a aquisição significativa de conhecimentos e de rapidez de resposta, em temas variados como por exemplo a gestão da ansiedade social, a auto-estima/ auto-confiança e a diminuição do isolamento, como confirmado pelos resultados significativos nos testes de *E-Learning*. Por outro lado permitiu a avaliação e maior conhecimento de como é que os membros do grupo interagem, que temas escolhiam explorar e de que forma escolhiam fazê-lo. Estas metodologias constituíram também um forte estímulo para o envolvimento activo dos participantes nos temas, para a promoção da atenção e da interacção dos estudantes nas aulas, bem como para a obtenção de bons resultados. No CEFVA não quisemos apenas transmitir informação, num processo passivo de aquisição de informação. Assim, numa perspectiva construtivista, também os conteúdos elaborados através do programa *Flash*, permitiram incrementar dinamismo, interactividade e flexibilidade cognitiva ao longo dos variados exercícios propostos no decorrer das aulas *online* para depois serem sedimentados e consolidados nas sessões presenciais de Sociodrama.

No que se refere à associação entre a aquisição de competências de gestão da doença e o auto-estigma dos participantes no final do programa, encontramos uma associação significativa inversa entre a dimensão do RAS-R “*Domínio de sintomas*” e duas dimensões do auto-estigma (ISMI): a “*Alienação*” e o “*Afastamento social*”. Ou seja, quanto maior o domínio dos seus sintomas, menor é a alienação e o afastamento social dos participantes e o auto-estigma

parece ser preditor de aproximadamente um terço do não domínio dos sintomas. Todos estes resultados apontam para o facto de que no CEFVA a psicoeducação relacionada com a gestão da doença e prevenção de recaídas parece ter sido eficaz na própria diminuição do auto-estigma, confirmando as hipóteses formuladas. Também, a importância das abordagens de diminuição do auto-estigma contemplarem um componente psicoeducativo dirigido à gestão da doença, foi corroborada no CEFVA tal como nos programas de intervenção de Wieczynski (2000), Link e colaboradores (2002), Fung e colaboradores (2011) e Lucksted e colaboradores (2011). A Associação Mundial de Psiquiatria e vários grupos de investigação também confirmam esta directriz, recomendando a psicoeducação das pessoas com experiência de doença mental e dos seus familiares como uma das estratégias anti-estigma mais eficaz (Baumann et al, 2008; Corrigan et al., 2001; McFarlane, 2002; Penn & Shannon, 2002).

Relativamente aos objectivos de vida, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no item do RAS-R “*Tenho um objectivo de vida*” da dimensão “*Orientação para objectivos e sucessos*”, tendo aumentado nos participantes a percepção da existência de um objectivo de vida no final do CEFVA. Ora, a persecução de objectivos tem sido apontada pela literatura como um indicador fundamental para o sucesso do processo de recuperação na Doença Mental Grave, desde a fase mais precoce da doença. Mais uma vez, a capacidade de tomar decisões, de acreditar no futuro e de saber gerir a doença e o seu tratamento, são, assim, aspectos que devem ser desenvolvidos nas intervenções planeadas, para que a pessoa com experiência de doença mental se consiga adaptar e tomar o controlo da sua vida (Bertolote & McGorry, 2005; Repper & Perkins, 2009). O CEFVA seguiu precisamente esses pressupostos.

O aumento do potencial de recuperação foi também relacionado com a aquisição de novas competências funcionais no dia-a-dia, as quais o CEFVA ajudou a potenciar, através de várias aulas, mas mais intensamente nas Aulas 12 e 13 “Evitar o Isolamento: aprender a melhorar o relacionamento interpessoal” e na Aula 15 “Como ficar Activo na Comunidade: sentimento de pertença”. Depois de adquirirem previamente os conhecimentos no contexto

virtual, os participantes puderam treinar o desempenho dos seus papéis comuns, relacionados na sua maioria com situações de interacção social, através das sessões de Sociodrama. Ora, o treino do papel é outro dos grandes objectivos da metodologia psicodramática. Segundo Moreno (1946), permite que a pessoa experimente e pratique, em contexto protegido, aquilo que precisa de vir a desempenhar no contexto real, o número de vezes que a sua espontaneidade permitir. Tem ainda a vantagem de proporcionar *feedback* sobre a eficácia do treino realizado, fornecido pelos outros participantes e pela equipa terapêutica na fase dos comentários da sessão (Sternberg & Garcia, 2000). Assim, o CEFVA seguiu duas premissas do modelo psicodramático, que Soeiro (1995) destacou: a de que o papel é a via de comunicação da personalidade com o meio ambiente e a de que o desempenho de papéis é a forma do ser humano se relacionar com o mundo. Este aparente ganho de competências com impacto directo no dia-a-dia dos participantes foi explicitado por exemplo na afirmação: *“Completamente. Venci alguns medos, por exemplo eu comecei por ter medo de andar de autocarro, por ter medo de andar ou de transportar os meus trabalhos sozinho e com o caminhar das coisas, que leva o seu tempo, o tempo de recuperação, isso foi vencido”* (P14-EF).

É também importante realçar que alguns dos participantes no final do programa sentiram o desafio diário associado ao seu processo de recuperação, mostrando-se conscientes e cautelosos nas suas respostas: *“Aumentar o potencial de recuperação... eu gostava de pensar que sim. Eu acho que, e agora que vou entrar na faculdade e começar a frequentar com bastante frequência os contextos sociais, eu vou aproveitar certas dicas que eu fui recolhendo aqui”* (P8-EF); *“Muito, pouco ou nada? (risos) Nada não vai ser, como é que eu hei-de dizer ... estas coisas são um bocado delicadas de lidar... Eu vejo pessoas com muita garra e vontade e a cumprir tudo o que se faz e a ter problemas. Isso preocupa-me um bocado. Porque nestas coisas não costuma haver solução a 100%.... o facto de já ter um problema faz com que tenhamos de ter alguns cuidados... e eu procuro fazer exactamente isso”* (P6-EF). Estas afirmações são facilmente compreendidas pelo facto de que geralmente a recuperação é definida como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança e da confiança pessoal. Caracteriza-se, assim,

por uma maior aceitação de que as limitações são uma base, a partir da qual, se podem equacionar as potencialidades da pessoa (Farkas et al., 2005; Jorge-Monteiro & Matias, 2007).

Este pressuposto reflecte-se também nas palavras de Deegan (1993, cit. in Repper & Perkins, 2009, p. 47), que consideramos pertinente incluir nesta discussão e que foram trabalhadas virtual e presencialmente na Aula 14 “Auto-Estigma e Potencial de *Recuperação*”: “*A recuperação é um processo, não um ponto final ou uma meta. A recuperação é uma atitude, uma maneira de abordar o dia e os desafios que eu enfrento... Eu sei que tenho certas limitações e coisas que eu não consigo fazer. Mas em vez de deixar que estas limitações sejam motivo de desesperar e desistir, eu aprendi que é a saber o que eu não posso fazer, que posso abrir as possibilidades a tudo o que eu posso fazer.*” Assim, a recuperação é um processo dinâmico que envolve componentes individuais, mas também sofre influências das características e oportunidades dos contextos, bem como da qualidade das relações e interações entre as pessoas com experiência de doença mental e os contextos envolventes. Implica, então, uma dimensão social importante, ocorrendo através da participação social e das relações sociais com os outros (Duarte, 2007; Ralph, 2005). Decorrente de dois dos pressupostos orientadores do CEFVA, abordagem baseada na percepção do grupo e abordagem baseada na gestão do stress, o programa contemplou conteúdos centrados na diminuição do isolamento social, no desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e na gestão da ansiedade social. Sem dúvida que estes também foram três temas centrais nos resultados obtidos, contribuindo para a confirmação da hipótese traçada ao nível da interacção social.

Observando-se os resultados encontrados na análise realizada ao auto-estigma (ISMI) item a item, verificamos que o item “*Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma estranha*” (dimensão “*Afastamento social*”) apresenta uma diminuição estatisticamente significativa, ou seja, o nível de socialização dos participantes do CEFVA parece ter aumentado significativamente relativamente ao início da intervenção. Este resultado é coerente com os dados encontrados na EAESDIS, cujos indicadores de “*Desconforto/ Ansiedade*” e

“*Evitamento*” relacionados com situações de interacção social, apresentaram diminuições significativas no final do programa. Verificamos, assim, uma diminuição significativa no desconforto/ ansiedade dos participantes, reflectida em itens directamente relacionados com a exposição perante os outros (trabalhar e escrever enquanto se está a ser observado), com a participação em actividades de grupo e com a espontaneidade por vezes requerida em contexto grupal (representar, agir ou falar perante uma audiência; levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa). Também se verificou uma diminuição significativa do evitamento a situações de exposição (escrever enquanto se está a ser observado) e mais uma vez situações que requeriam espontaneidade nos relacionamentos interpessoais (expressar desacordo ou reprovação a alguém que não se conhece bem). Com valores marginalmente significativos surgiram diminuições nestas dimensões em situações que exigem o mesmo tipo de requisitos (beber num local público; entrar numa sala onde os outros já estão sentados; dar uma festa; convidar alguém, pela primeira vez, para sair; ir a uma discoteca com um amigo e fazer um exame oral).

Para além dos conhecimentos fornecidos nas aulas de *E-Learning*, que na nossa opinião foram a base para o desenvolvimento de competências de interacção e acção no contexto social, atribuímos às sessões de Sociodrama uma grande responsabilidade pela consolidação do saber estar, com e em grupo. A subida ao palco do Sociodrama foi, sem dúvida, uma experiência desafiante e de grande exposição perante o grupo, já que é neste espaço que se processa a acção, a representação sendo também um espaço de grande liberdade (Pio Abreu, 1992). Ao discutirmos os resultados do CEFVA no que diz respeito à interacção social relembramos que, para Moreno (1946), no desempenho de papéis existem dois factores de grande importância na teoria psicodramática que podem aumentar a sua mestria: a espontaneidade e a tele. Sem a espontaneidade, a relação do indivíduo com os objectos e com as pessoas, pode ficar comprometida, reflectindo-se nas suas dificuldades de adaptação, flexibilidade e ajustamento a novas situações. Apesar de para Moreno, a doença mental ser encarada como algo que restringe a espontaneidade, contém a pessoa e lhe impede os movimentos espontâneos,

comprometendo a sua interacção social e reflectindo-se em dificuldades de flexibilidade e adaptação a novas situações, no computador e no palco, criaram-se semanalmente situações novas, através das quais se pôde observar o exercício da espontaneidade, livre de coacções sociais e de *clichés*, fundamental para a produção de respostas novas e muito valorizada pelos próprios participantes como se pôde verificar nas afirmações recolhidas no HAT e na EF.

Estar em grupo e interagir com os seus elementos numa relação de compreensão recíproca, pressupõe também a existência de *tele*, conceito que reflecte o “*núcleo das forças sociais do indivíduo*” (Moreno, 1946, p.119) e a correcta percepção dos outros tal como eles são e não como gostaríamos que fossem (Pio Abreu, 1992). Moreno, segundo Soeiro (1994, p.7) afirmou que todos os seres humanos possuem *tele*, mas “*a psicopatologia muitas vezes deve-se a desvios dessa função télica*”. Neste grupo de participantes a *tele* fez parte de um processo de ganho de confiança intragrupal, para alguns dos participantes desenvolvido mais paulatinamente do que para outros, que sem desencadear reacções de alarme, possibilitou a comunicação e a interacção securizante e não ameaçadora entre os participantes e a própria equipa terapêutica. Ao longo das 15 sessões foi, assim, promovido o desempenho de papéis saudáveis, que segundo Rojas-Bermudez (1970) é um factor importante na reabilitação de pessoas com experiência de doenças psicóticas crónicas, como a Esquizofrenia. Outro dos factores valorizados pelo autor é a interacção que permite a criação de vínculos com o outro, diminuindo o isolamento e permitindo a comunicação. Estes vínculos foram fortalecidos por processos de identificação e compreensão do outro, promovidos pela aplicação de técnicas psicodramáticas como a inversão de papéis, o solilóquio, o duplo, a utilização de objectos intermediários da comunicação e a representação simbólica.

Assim, consideramos pertinente realçar a inversão de papéis, que, sendo considerada uma das técnicas mais profundas desenvolvida por Moreno e difícil para o psicótico, foi das mais utilizadas ao longo das sessões de Sociodrama do CEFVA. Ao permitir que a pessoa se coloque no lugar do outro facilita a empatia, a mudança de perspectivas, a compreensão das situações e dos outros, a obtenção de respostas às próprias perguntas, a compreensão

sobre como os outros nos vêm e a construção de vínculos espontâneos e criativos (Fonseca, 2000; Moreno, 1946; Sternberg & Garcia, 2000). Foram necessárias aproximadamente quatro sessões para que todos os participantes conseguissem apreender e beneficiar da técnica que permitiu aumentar a percepção do grupo, bem como a espontaneidade e a tele já abordadas. Um discurso bem representativo deste benefício e do trabalho desenvolvido surge na afirmação: *“Sociodrama é interessante (...) ao colocarmo-nos não na posição de indivíduo, mas sim na posição de grupo e ao termos que lidar com as situações, não como o indivíduo mas como grupo, as coisas tornam-se diferentes, porque o grupo tem uma multiplicidade de pessoas que têm uma multiplicidade de pensamentos diferentes relativamente ao mesmo objecto (...) e então tentar conciliar as perspectivas diferentes, é algo interessante”* (P8-EF).

Realçamos também a construção de afectos e de uma matriz relacional diferenciada ao longo do CEFVA. Apesar de numa primeira análise ao CORE-OM verificarmos que as médias da dimensão *“Funcionamento social e pessoal”* pioraram com o decorrer do CEFVA, numa análise mais detalhada sugerida por Sales e colaboradores (in press) observamos que o funcionamento, no que diz respeito às relações afectivas próximas, melhorou significativamente. Ou seja, o sentimento de solidão, desamparo e isolamento diminuíram significativamente no grupo, enquanto a afectividade pelos outros aumentou. Estes resultados são especialmente interessantes quando surgem numa intervenção realizada com pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, já que a literatura descreve a doença como um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais às quais são habitualmente associadas, entre outras, as perturbações do afecto (Pull, 2002). A alteração dos afectos é de assinalável importância para a classificação da doença, constituindo um dos quatro sintomas fundamentais (ou primários) descritos por Bleuler e um dos principais sintomas da Esquizofrenia Tipo II (sintomas negativos) classificada por Crow (1986). O conceito de anedonia social, associado a esta perturbação, refere-se à perda de prazer em estar com os amigos ou com outras pessoas. A pessoa distancia-se do mundo circundante, da família e dos amigos, sendo esta perda da afectividade visível na própria mímica, postura e atitude (Silva, 2006). Ora, no nosso estudo estes aspectos foram também trabalhados e o impacto a este

nível foi assumidamente positivo, já que a facilidade na interação com o outro foi a mudança mais referida pelos participantes, como se pode constatar no CI-FIT. As relações de amizade criadas na ainda recente matriz relacional foram desenvolvidas e estimadas, tal como se pode verificar nas seguintes afirmações recolhidas na EF e no HAT: “Estarmos em contacto com o mundo e com os outros, abriu-nos muitas portas que nos podem ser úteis na vida” (P6-HAT-S15); “*Criou-se ali um círculo de amizade e é pena ter acabado.*” (P15-EF); “*Ainda gostei mais porque interagi com os outros doentes e é como eu digo, conheci novos amigos... amigos que eu não vou esquecer até ao fim da minha vida*” (P12-EF).

Para responder à nossa hipótese de investigação relativa à eficácia do CEFVA, para além de todos os resultados encontrados até aqui e aparentemente confirmatórios dessa eficácia em áreas como o auto-estigma, o *empowerment*, o potencial de recuperação, a gestão da doença e a interação social, consideramos pertinente destacar alguns dados do CORE-OM, já que Sales e colaboradores (*in press*, p.14) referem que este é um instrumento “*a ser utilizado na avaliação da aplicabilidade e eficácia de protocolos clínicos inovadores*”. Assim, verificamos que o CEFVA foi também eficaz na redução de queixas e sintomas associados à ansiedade, na melhoria do funcionamento relacionado com as relações próximas e na diminuição de comportamentos de risco para o próprio, aspectos que na sua globalidade confirmam os resultados anteriormente descritos.

Tentamos discutir os principais resultados encontrados e traduzir o impacto positivo que a construção e aplicação do CEFVA teve nos participantes. Apresentamos seguidamente as considerações finais e conclusões do estudo realizado.

CONCLUSÕES

Apresentamos seguidamente as considerações finais deste trabalho, começando por relembrar que a internalização do estigma produzido por aqueles que, desconhecendo o que é uma doença mental, discriminam quem a experencia, provoca o desaproveitamento das oportunidades que a vida oferece (Corrigan & Kleinlein, 2005). O auto-estigma promove, assim, a dúvida, a hesitação e o fracasso no alcançar de objectivos inicialmente traçados, que mais tarde acabam por ficar esquecidos. A procura de ajuda fica também comprometida, exacerbando o evitamento e o isolamento social progressivo, que por sua vez dificultam cada vez mais a relação com o outro e consigo próprio (Brohan et al., 2010b). A perda de vínculos, de auto-estima e de auto-eficácia reflecte-se na diminuição do *empowerment* e na perda de papéis sociais saudáveis que concorrem para uma integração comunitária cada vez mais deficitária e geradora de reforços indutores de mais estereótipos e preconceitos (Corrigan et al., 2006). Estes, por sua vez, reflectem as representações sociais da doença mental, que sendo erróneas e geradoras de mais estigma, estão teimosamente presentes na nossa sociedade.

Da consciência diária desta problemática, amadurecida ao longo de 11 anos de prática profissional num serviço de referência nos cuidados à Doença Mental Grave, surgiu o tema deste trabalho de investigação, que teve como principais objectivos construir uma metodologia de intervenção, que pensamos ser inovadora, dirigida à diminuição do auto-estigma em pessoas com experiência de Doença Mental Grave (“Curso de Educação e Formação para a Vida Activa” - CEFVA) e avaliar a sua eficácia no auto-estigma e dimensões associadas nos 17 participantes que o frequentaram. Esta metodologia foi estruturada no formato *B-Learning*, para que, recorrendo ao pressuposto da abordagem educativa, contemplasse dois tipos de intervenções diferenciadas mas complementares: o *E-Learning* (individualizada e à distância) e o Sociodrama (grupale e presencial).

Para atingirmos os objectivos propostos começamos por realizar pesquisas bibliográficas aprofundada dirigidas ao auto-estigma, à Doença Mental Grave e respectivas estratégias de intervenção, para em seguida efectuar uma reflexão intensa e privilegiada com peritos das várias áreas envolvidas, no sentido da selecção das metodologias gerais a utilizar (Sociodrama e *E-Learning*) e respectivos pressupostos orientadores (abordagem educativa em *B-Learning*, baseada na percepção do grupo, no *empowerment*, na gestão da doença e na gestão do stress). Posteriormente avançamos para o processo criativo de elaboração de conteúdos temáticos, virtuais e presenciais, efectuando também a sensibilização do Serviço Hospitalar que acolheu o CEFVA e disponibilizou os recursos materiais e humanos necessários. O trabalho de inclusão digital, clarificação da intervenção e avaliação dos participantes, resultou na aplicação do programa propriamente dito ao longo de 17 semanas de intenso desafio e exigência, mas também de profunda gratificação. Todo este percurso foi, sem dúvida, complexo mas recompensador, reflectindo-se nos resultados encontrados, na experiência diária enquanto profissionais da área envolvida na concretização do CEFVA no terreno, e ainda, na participação na emblemática Cerimónia de Encerramento do curso, bem representativa do significado desta intervenção para participantes, familiares, técnicos de saúde de referência e promotores institucionais.

Os objectivos propostos para esta investigação foram concretizados em várias hipóteses que a seguir recordamos e articulamos com os resultados obtidos:

- H1 “O CEFVA contribui para a diminuição do auto-estigma em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia” – foi confirmada, pois o CEFVA contribuiu para a diminuição do auto-estigma dos participantes em relação a alguns dos seus indicadores. A intervenção foi eficaz no aumento da resistência ao estigma, ou seja, no aumento da resiliência perante as situações geradoras de estigma. Além disso, o CEFVA teve um impacto positivo significativo na desconstrução dos processos de concordância e adesão aos estereótipos, processos que contribuem para a internalização do estigma (Ritsher et al., 2003). Assim, verificou-se nos participantes um aumento da

auto-estima, da auto-confiança e de sentimento de auto-eficácia, bem como uma percepção mais positiva sobre si próprios, determinante para a mudança de atitudes auto-estigmatizantes (Corrigan et al., 2006).

● H2 “O CEFVA contribui para o aumento do potencial de recuperação, para a promoção do empowerment e para a aquisição de competências de gestão da doença em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia” – foi confirmada, pois o CEFVA foi eficaz no aumento do potencial de recuperação da generalidade dos participantes, permitindo grandes benefícios na aquisição de competências de gestão da doença, no aumento da percepção da existência de um objectivo de vida, na melhoria das competências funcionais diárias e na obtenção de sucessos pessoais. O programa foi eficaz no aumento dos conhecimentos sobre a doença mental, da capacidade de prevenir recaídas e do consequente domínio dos sintomas, sendo de notar a ausência de internamentos dos participantes durante a realização do curso e nos 12 meses seguintes. Verificamos ainda que quanto melhor for o domínio dos sintomas nas pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, menor será o seu auto-estigma, conclusão que também contribuiu para a confirmação da nossa primeira hipótese relativa ao auto-estigma. Ressalvamos, porém, alguns indicadores relativos ao potencial de recuperação que não foram conseguidos: o CEFVA não contribuiu para a percepção da eficácia no alcance dos objectivos desejados para a sua vida nem para o bem-estar geral subjectivo do grupo. No entanto estas conclusões sugerem uma outra aquisição, por sua vez, benéfica no alcance de um potencial de recuperação significativo: o ganho de *insight*, que apesar de poder trazer algum sofrimento, é considerado como um dos estímulos mais poderosos para qualquer processo de mudança (Sternberg & Garcia, 2000).

● H3 “O CEFVA contribui para a melhoria da interacção social em pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia” – foi verificada pois o CEFVA contribuiu para o aumento da interacção social, não só no palco, mas também fora dele. As dificuldades relacionais, tão presentes na Esquizofrenia, podem condicionar seriamente a interacção social e promover a procura do isolamento (Fonseca, 1980). Contudo esta situação não se verificou no nosso estudo, pois o CEFVA foi eficaz na diminuição do desconforto, da ansiedade social e do

evitamento de situações sociais relacionadas com o estar em grupo e com a exposição perante os outros, aumentando a espontaneidade e a tele requerida na interacção social. O CEFVA promoveu então a socialização, bem como a vontade e o prazer em estar em grupo.

- H4 “O Sociodrama e o *E-Learning* são metodologias eficazes nas intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia” – foi verificada pois as duas metodologias conseguiram promover mudanças e ambas se adequaram às especificidades do diagnóstico dos participantes. Esta hipótese foi então confirmada em duas vertentes. No Sociodrama, a partir de uma procura de papéis complementares saudáveis e funcionais, os participantes conseguiram construir uma matriz relacional diferenciada, com vínculos caracterizados pelo afecto e pela identificação positiva. Através do desempenho de papéis sociais, os participantes relacionaram-se com o mundo de objectos e pessoas, dentro e fora do palco (facto confirmado pelos familiares), diminuindo o seu isolamento, melhorando a comunicação e alcançando a espontaneidade necessária para compreender e agir com o outro, através de respostas novas, numa interacção securizante. No *E-Learning* foi bem visível a presença de flexibilidade e capacidade de adaptação a situações novas, o ganho de conhecimentos nos vários temas e o ganho de rapidez na execução dos testes de auto-avaliação. Também a presença do *empowerment* e da participação activa foi uma constante nas aulas de educação à distância, incitada pela inclusão digital proporcionada pelo CEFVA, pelo ganho de confiança no desconhecido e pelo sentimento de auto-eficácia alcançado. Consideramos por isso que tanto o *E-Learning*, como o Sociodrama, são duas metodologias eficazes nas intervenções psicoeducativas e sócio-terapêuticas dirigidas a pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, cuja combinação foi essencial para a obtenção dos resultados pretendidos. Pensamos também ser difícil e contraproducente dissociar o educativo do sócio-terapêutico em intervenções tão especializadas e complexas, como aquelas que são dirigidas a pessoas com experiência de Doença Mental Grave, já que esta população beneficia sem dúvida de qualquer das abordagens.

Concluimos, adicionalmente, que os resultados deste trabalho correspondem às evidências disponíveis relativamente a cada pressuposto escolhido para a concepção e desenvolvimento do programa. Uma abordagem educativa centrada no *B-Learning* (Bidarra, 2009; Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Singh, 2003) e baseada na percepção do grupo (Hinshaw, 2007; Rüsçh et al., 2009), na gestão da doença (Mueser et al., 2002; Gingerich & Mueser, 2005) na gestão do stress (Hinshaw, 2007; Vauth et al., 2007) e no *empowerment* (Corrigan & Calabrese, 2005; Liberman, 2008; Rappaport, 1987), que não se resumiu à transmissão da informação passiva, mas à mobilização da mesma a partir da utilização do corpo, da mente e da emoção de cada participante. Relativamente à metodologia utilizada, apesar de ser um estudo, que na avaliação da eficácia do programa se desenhou como mais quantitativo, combinamos métodos de natureza quantitativa e qualitativa na análise e interpretação dos dados, tentando abranger a maior parte das vivências dos participantes. Esta opção permitiu-nos avaliar a eficácia das intervenções, nomeadamente o Sociodrama, sobre o qual encontramos na literatura pouca prática baseada na evidência, devido à histórica falta de métodos de avaliação eficazes dirigidas a intervenções em grupo com características terapêuticas (Sales et al., 2007). Gostaríamos, assim, de valorizar os instrumentos escolhidos, considerados como muito úteis para a validade dos resultados obtidos nesta investigação.

É de realçar que este trabalho foi realizado com uma amostra pequena de 17 participantes e os seus resultados não poderão ser generalizados. Afigura-se por isso fundamental a realização deste tipo de estudos com amostras maiores, apesar de termos noção da dificuldade existente em seleccionar um grupo de pessoas com experiência de Doença Mental Grave disponíveis e com os pré-requisitos que este curso exige. Reconhecemos também a necessidade de se proceder a investigações mais específicas, particularmente ao nível da fase de evolução da doença, diagnósticos, tipo de estruturas de reabilitação, zonas geográficas, que permitam realizar estudos longitudinais com *follow-up*, de forma a examinar a evolução das atitudes e dos comportamentos relacionados com o auto-estigma e a manutenção das mesmas. Apesar de não termos estipulado um seguimento dos participantes

por constrangimentos temporais da investigação, consideramos uma limitação do estudo e gostaríamos de, na continuidade desta investigação, avaliar de novo os participantes, bem como efectuar melhorias e adaptações para que os conteúdos de aprendizagem multimédia sejam aplicáveis em futuros estudos.

Por fim, consideramos que a investigação deve produzir conhecimento que tenha consequências práticas nos contextos de actuação no campo da reabilitação psicossocial dirigida à Doença Mental Grave. A visão integradora da psicoeducação, vertida na originalidade e actualidade dos pressupostos determinados, bem como a ampla divulgação efectuada em diferentes eventos científicos, tem despertado a curiosidade acerca do CEFVA. Actualmente o CEFVA está já ser aplicado numa Unidade Sócio-Ocupacional de referência da cidade do Porto, com pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia, estando já prevista a segunda edição do programa nessa instituição. Com muito entusiasmo nosso, foi-nos já solicitada autorização para ser implementado noutra unidade de psiquiatria e saúde mental no Norte de Portugal.

Apesar da morosidade e complexidade da tarefa de construção e aplicação do CEFVA, chegamos ao fim deste trabalho com a sensação tranquilizante e gratificante de termos atingido os objectivos propostos. Assim, terminamos como começamos, com as palavras de Moreno:

*“Mais importante do que a ciência é o seu resultado,
Uma resposta provoca uma centena de perguntas....”*

Moreno, 1914

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M.M., Schal, V.T., Martins, A.M., & Modena, C.M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul*, 32(3), 73-79.
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 283-288.
- Alves, F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal*. Porto: Universidade Aberta.
- Alves, F. (2010). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Afrontamento.
- Angermeyer, M.C. (2000). Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *Psychiatrische Praxis*, 27(7), 327-329.
- Angermeyer, M.C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 31(6), 321-326.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309.
- Angermeyer, M.C., Buyatugs, L., Kenzine, D.V., & Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 420-425.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., & Corrigan, P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 175-182.

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation - Boston University.
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 645-650.
- Arboleda-Flórez, J. (2008). The rights of a powerless legion. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness - Theory and Interventions* (pp. 1-17). West Sussex: Wiley.
- Arnaiz, A. & Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, P.J., & Silva, P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
- Baldwin, M.L. & Marcus, S.C. (2006). Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 388-392.
- Baldwin, M. L. & Marcus, S.C. (2011). Stigma, discrimination, and employment outcomes among persons with mental health disabilities. *Work Accommodation and Retention in Mental Health*, 1, 53-69.
- Barbosa, T. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia, área de Psicologia da Saúde. Porto: FPCEUP.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Barrantes, F.J.V. (2010). *O Estigma na Esquizofrenia: Atitude dos Profissionais da Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicossocial, especialização em Saúde Mental. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Baumann, A.E., Gaebel, W., et al. (2008). "Fighting stigma and discrimination because schizophrenia - Open the Doors": a collaborative review of the experience from the German project centres. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions* (pp. 49-67). West Sussex: Wiley.
- Baumann, M., Bonnetain, F., Briancon, S., & Alla, F. (2004). Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non consumers aged 50 and over. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 29(5), 405-415.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: studies in sociology of deviance*. New York: Free Press.

- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s116-s119.
- Bidarra, J. (2009). Aprendizagem Multimédia Interactiva. In G.L. Miranda (Ed.), *Sistemas de Gestão de Aprendizagem em E-Learning* (pp. 352-384). Lisboa: Relógio D'Água.
- Bidarra, J., Guimarães, N., & Kommers, P. (2004). Hypermedia complexity: Fractal hyperscapes and mind mapping. In P. Kommers (Ed.), *Cognitive support for learning imagining the unknown* (pp. 201-206). Amesterdão: IOS Press.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1, pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Blatner, A. (2008). "Mais que meros atores": aplicações do psicodrama na vida diária. In J. Gershoni (Ed.), *Psicodrama no século 21 - aplicações clínicas e educacionais* (pp. 119-131). São Paulo: Editora Ágora.
- Blatner, A. & Blatner, A. (1997). *The Art of Play - Helping Adults Reclaim Imagination and Spontaneity* (Rev. ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3), 141-159.
- Bonney, S. & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140-153.
- Boyd, M. (2008). *Psychiatric Nursing; Contemporary Practice* (4th ed.). China: Wolters Kuwer Health/ Lippincott Williams & Wilkint.
- Bransford, J.D., Vye, N., Kinzer, C., & Risko, V. (1990). Teaching thinking and content knowledge: Toward an integrated approach. In B.F. Jones & L. Idol (Eds.), *Dimensions of thinking and cognitive instruction: Implications for educational reform* (Vol. 1, pp. 381-413). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brennan, P.A., Mednick, S.A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010a). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10:80, doi:10.1186/1472-6963-10-80.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010b). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia

- in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 56-63.
- Brown, J.S. & Duguid, P. (1994). Practice at the periphery: A reply to Steven Tripp. *Educational Technology*, 34(8), 9-11.
- Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 65-72.
- Cabral, R.R.F. & Chaves, A.C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 32-38
- Cação, R. & Dias, P. J. (2003). *Introdução ao E-Learning*. Porto: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, Lda.
- Cancro, R. & Meyerson, A.T. (2002). Prevention of Disability and Stigma Related to Schizophrenia: A Review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia* (2nd ed.) (pp.249-316). New York: Wiley.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, E.R.S. (2008). Emprego de sociometria e confrontos terapêuticos para resolução de conflitos intragrupais. In A.M. Monteiro & E.R.S. Carvalho (Eds.), *Sociodrama e Sociometria* (pp. 65-78). São Paulo: Ágora.
- Carvalho, M.J., Faustino, I., Nascimento, A., & Sales, C.M.D. (2008). Understanding Pamina's recovery: an application of the hermeneutic single-case efficacy design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 166-173.
- Carvalhosa, S.F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Análise Psicológica*, 3(XXVIII), 479-490.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la Esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, II(1), 45-66.
- CNRSSM (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007- 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Cooper, A.E., Corrigan, P., & Watson, A.C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of nervous and mental disease*, 191(5), 339-347.
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology- Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P. (2002). Empowerment and Serious Mental Illness: treatment partnerships and Community Opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3), 217-228.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59 (7), 614–625.
- Corrigan, P. (2005). *On the Stigma of Mental Illness*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Corrigan, P. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52.
- Corrigan, P. (2012). A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness, acedido em Janeiro 2012 in <http://www.stigmaandempowerment.org/resources>.
- Corrigan, P. & Calabrese, J. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 239-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. & Cooper, A. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change* (pp. 165-180). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Corrigan, P. & Garman, A.N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*, 48, 347-352.
- Corrigan, P. & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness - Practical strategies for research and social change* (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Corrigan, P. & O'Shaughnessy, J.R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97.
- Corrigan, P. & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765-776

- Corrigan, P. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(1), 42-48.
- Corrigan, P. & Watson, A.C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. & Watson, A. C. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. & Watson, A.C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479.
- Corrigan, P., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal*, 43(2), 171-181.
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M.A. (2003a). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior* 44, 162-179.
- Corrigan, P., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., et al. (2001). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., et al. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
- Corrigan, P., Salzer, M., Ralph, R.O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004b). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J., & Campbell, J. (2003b). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105-1110.

- Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875-884.
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A., & Gracia, G. (2004a). Stigmatizing attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services. *Community Mental Health Journal, 40* (4).297-307.
- Coutinho, C., & Bottentuit Junior, J.B. (2007). A complexidade e os modos de aprender na sociedade do conhecimento, acedido em Dezembro 2011 in <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6501/1/Afirse%25202007%2520Final.pdf>
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry, 177*, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D.T. Gilbert & S.T. Fiske (Eds.), *The Handbok of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L., & Johnstone, E. C. (1986). A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *The British Journal of Psychiatry, 148*(2), 120-127.
- Cucciare, M. A., Weingardt, K. R., & Villafranca, S. (2008). Using Blended Learning to Implement Evidence-Based Psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*, 299-307.
- David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 161*, 599-602.
- Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in Health Care, 25*(3), 11-24.
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Devine, P.G. (1995). Prejudice and out-group perception. In A. Tesser (Ed.), *Advanced social psychology* (pp. 467-524). New York: McGraw-Hill.
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian New Zeland Journal of Psychiatry, 38*(5), 348-354.
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2006). The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry 52*(2), 166-174.

- Dixon, L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C., & Postrado, L. (2004). Outcomes of the peer-taught 12 week family-to family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207-215.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Clark, R.E., & Mueser, K.T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 289-301.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 127-133.
- Elias, B.D.R.F. (2009). *B-learning: o Ensino Secundário Recorrente Entre Dois Modelos - Um Estudo com Estudantes do Curso Multimédia de uma Escola de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Supervisão Pedagógica. Lisboa: Universidade Aberta.
- Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy Form*. acedido em Novembro de 2011 in <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>.
- Elliott, R., (1999). *Client change interview schedule*, acedido em Novembro de 2011 in <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.pdf>.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research in psychotherapy. In J. Frommer & D. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich: Pabst Science.
- Erikson, E.H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., et al. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255.
- Evans, R., Mellor-Clark, J., Barkham, M., & Mothersole, G. (2006). Developing the resources and management support for routine evaluation in counselling and psychological therapy service provision: Reflections on a decade of CORE

- development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8(2), 141-161.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz & T. Duarte (Eds.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.
- Feldman, D.B., & Crandall, C.S. (2007). Dimensions of Mental Illness Stigma: What about Mental Illness Causes Social Rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). "Mini Mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, F.d. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia* (2ªed. Vol. I). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, J. (2000). *Psicoterapia da Relação - Elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora.
- Fonseca, J.S. (1980). *Psicodrama da loucura, Correlações entre Buber e Moreno* (3 ed.). São Paulo: Ágora.
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of the reason*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (2000). *História da loucura na época clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Fox, J. (2002). *O essencial de Moreno - Textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade*. São Paulo: Ágora.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2011.02.013.
- Fung, K.M.T., Tsang, H.W.H., & Corrigan, P. (2008). Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.
- Garrison, D.R., & Anderson, T. (2003). *E-learning in the 21st century: A framework for research and practice*. London: Routledge.
- Gingerich, S., & Mueser, K.T. (2005). Illness management and recovery In R.E. Drake, M. R. Merrens & D.W. Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice: A textbook* (pp. 395-424). New York: Norton.

- Goffman, E. (1963). *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goldberg, D.P., Bridges, K., Cooper, W., Hyde, C., Sterling, C., & Wyatt, R. (1985). Douglas house: a new type of hostel ward for chronic psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 147, 383-389.
- Goldman, L. (1971). *Using tests in counselling*. Santa Monica: Goodyear.
- Gomes, M.J. (2008). Reflexões sobre a adoção institucional do e-learning: novos desafios, novas oportunidades. *Revista E-Curriculum*, 3(2). Acedido em Dezembro 2011 in <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/3204/2126>.
- Gondim, D.S.M. (2001). *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?*, Tese de Mestrado em Saúde Pública. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Green, J. & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications.
- Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A.F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6: 21, doi:10.1186/1471-244X-6-21.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação a população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Harper, D. C. (1999). Social Psychology of Difference - Stigma, Spread, and Stereotypes in Childhood *Rehabilitation Psychology*, 44(2), 131-144.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 75-80.
- Heider, F. (1958). *The psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Hinshaw, S.P. (2007). *The Mark of Shame - Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- Hinshaw, S. & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental health disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 367-393.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Medical Journal of Australia*, 178 (suppl.) S47-S48.
- Hodges, C.B. (2004). Designing to motivate: motivational techniques to incorporate in e-learning experiences. *The Journal of Interactive Online Learning*, 2(3), 1-7.

- Holtz Filho, S.V., & Balloni, A.J. (2008). Aspectos Sócio-técnicos das TI & Relacionamentos Humanos & Sinergia. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 1, 67-77.
- Holzinger, A., Dietrich, S., Heitmann, S., & Angermeyer, M. (2008). Evaluation of Target-Group Oriented Interventions Aimed at Reducing the Stigma Surrounding Mental Illness. *Psychiatrische Praxis*, 35(08), 376-386.
- House, F. (1999). Gold Award: The wellspring of the Clubhouse Model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50(11), 1473-1476.
- Hurstfield, J., Meager, N., Aston, J., Davies, J., Mann, K., Mitchell, H., et al. (2004). *Monitoring the Disability Discrimination Act (DDA) 1995: Phase 3*. London: DRC.
- Inácio, R. (2009). Comunidades Virtuais de Aprendizagem: Um Exemplo. In G. L. Miranda (Ed.), *Ensino Online e Aprendizagem Multimédia* (pp. 154-204). Lisboa: Relógio D'Água.
- Irani, F., Dankert, M., & Siegel, S.J. (2004). Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Current Psychiatry Reports*, 6(4), 283-288.
- Jacobi, J. (1942). *Psychology of CG Jung*. London: Routledge (edição de 1999).
- Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. *Lancet*, 367, 533-534.
- Jané-Llopis, E., Katschnig, H., McDaid, D., & Wahlbeck, K. (2010). *Evidence in Public Mental Health - Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T., & Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jones, M. (1959). Towards a Clarification of the "Therapeutic Community" Concept. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 200-205.
- Jorge-Monteiro, F. & Madeira, T. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise Psicológica*, XXV(1), 97-109.
- Jorge-Monteiro, F. & Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1(XXV), 111-125.
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 625-629.

- Karidi, M.V., Stefanis, C.N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A.D., & Stefanis, N.C. (2010). Perceived social stigma, self-concept and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 19-30.
- Kellerman, P. (1998). Sociodrama. *Group Analysis*, Sage Publications, 31(2), 179-195.
- Kinderman, P., Setzu, E., Lobban, F., & Salmon, P. (2006). Illness beliefs in schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1900-1911.
- Knight, M.T.D., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Koren, D., Seidman, L.J., Goldsmith, M., & Harvey, P.D. (2006). Real-World Cognitive—and Metacognitive—Dysfunction in Schizophrenia: A New Approach for Measuring (and Remediating) More “Right Stuff”. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 310-326.
- Lagarto, J. & Andrade, A. (2009). Sistemas de Gestão de Aprendizagem em *E-learning*. In G. Miranda (Ed.), *Ensino online e aprendizagem multimédia* (pp. 56-80). Lisboa: Relógio d'Água.
- Lansky, M.R. (2005). The impossibility of forgiveness: Shame fantasies as instigators of vengefulness in Euripides' Medea. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 437-464.
- Larson, J.E., & Corrigan, P. (2008). The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 26-32.
- Laurel, B. (1993). *Computers as theatre*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leaf, P.J., Bruce, M.L., Tischler, G.L., & Holzer III, C.E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15(2), 275-284.
- Leff, J. (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services*, 47, 62-67.
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levin, J. & Fox, J.A. (2004). *Estatística para ciências humanas*. São Paulo: Prentice Hall, 9ª ed.
- Lieberman, R.P. (2008). *Recovery From Disability - Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Linhorst, D.M. (2006). *Empowering People With Severe Mental Illness - A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 289-302.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B., Castille, D.M., & Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science & Medicine*, 67, 409-419.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 201-231.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Liu, C.H. & Matthews, R. (2005). Vygotsky's philosophy: Constructivism and its criticisms examined. *International Education Journal*, 6(3), 386-399.
- López-Ibor Jr., J.J., Cuenca, O., & López-Ibor, M.-I. (2008). Stigma and health care staff. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness, Theory and Interventions* (pp. 69-83). West Sussex: Wiley.
- Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. *Revista Referência*, 8, 33-44.
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., & Boyd, J. (2011). Ending Self-Stigma: Pilot Evaluation of a New Intervention to Reduce Internalized Stigma Among People with Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51-54.
- Lukoff, D., & Everest, H. C. (1985). The myths in mental illness. *Journal of Transpersonal psychology*, 17(2), 123-153.
- Lysaker, P.H., Buck, K.D., Taylor, A.C., & Roe, D. (2008a). Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-

- experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 31-38.
- Lysaker, P.H., Roe, D., & Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- Lysaker, P.H., Salyers, M.P., Tsai, J., Spurrier, L.Y., & Davis, L. (2008b). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *J Rehabil Res Dev*, 45, 911-919.
- Marineau, R. F. (1989). *Jacob Levy Moreno, 1889-1974: Pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo*. São Paulo: Ágora (tradução brasileira de 1992).
- Macinnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 59-65.
- Mak, W.W.S., Poon, C.Y.M., Pun, L.Y.K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245-261.
- Marie, D., & Miles, B. (2008). Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 126-133.
- Markowitz, F.E., Bellair, P.E., Liska, A.E., & Liu, J. (2001). Extending Social Disorganization Theory: Modeling the Relationships between Cohesion, Disorder, and Fear. *Criminology*, 39(2), 293-319.
- Markowitz, F. E. (2010). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques, A. (2005). Intervenção em grupo com familiares de doentes com Esquizofrenia. In M.P. Guerra & L. Lima (Eds.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 229-256). Lisboa: Climepsi.
- Marques, A. (2007). *Modelo Integrado de Desenvolvimento Pessoal: um Modelo de Reabilitação Psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Marra, M.M. (2004). *O agente social que transforma - o sociodrama na organização de grupos*. São Paulo: Ágora.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes

- toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 208-223.
- Mattar, F.N. (1994). *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise* (2ª ed., Vol. 2). São Paulo: Atlas.
- Mayer, R.E. (2001). *Multimedia learning*. New York: Cambridge University Press.
- Mayer, R.E. (2009). Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimédia. In G. L. Miranda (Ed.), *Ensino Online e Aprendizagem Multimédia* (pp. 207-237). Lisboa: Relógio D'Água.
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press.
- McLellan, H. (1992). Hyper Stories: Some Guidelines for Instructional Designers. *Journal of research on computing in education*, 25(1), 28-49.
- McLuhan, H.M. (1962). *The Gutenberg Galaxy: The Making of Typographic Man*. Toronto: University of Toronto Press.
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 278-284.
- Menegazzo, C.M., Tomasini, M.A., & Zuretti, M.M. (1995). *Dicionário de Psicodrama e Sociodrama*. São Paulo: Ágora.
- Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso dos clínicos. *Revista crítica de ciências sociais*, 76, 53-72.
- Moreno, J.L. (1943). The concept of sociodrama: A new approach to the problem of inter-cultural relations. *Sociometry*, 6(4), 434-449.
- Moreno, J. L. (1946). *Psicodrama* (12ª ed.). São Paulo: Editora Cultrix (tradução brasileira de 2009).
- Moreno, J.L. (1953). *Who Shall Survive? Foundations of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama*. Beacon, New York: Beacon House.
- Mowbray, C.T., Collins, M.E., Bellamy, C.D., Megivern, D.A., Bybee, D., & Szilvagyis, S. (2005). Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Social Work*, 50(1), 7-21.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behaviour Modification*, 27, 387-411.
- Mueser, K., Corrigan, P., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284.

- Oliveira, S. (2009). *Tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento de avaliação do estigma internalizado em pessoas com doença mental - versão portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde - Ministério da Saúde, acedido em Dezembro 2011. in http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- OMS (2005a). *Promoting mental health - concepts, emerging evidence, practice*. Helsínquia: WHO.
- OMS (2005b). *Mental Health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Helsínquia: WHO.
- OMS (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar - versão portuguesa*. Bruxelas: WHO.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Pélicier, Y. (1971). *História da Psiquiatria*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Penn, D., & Couture, S. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 20-21.
- Penn, D.L. & Shannon, M.C. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 20-21.
- Pescosolido, B.A., Olafsdottir, S., Martin, J.K., & Long, J.S. (2008). Cross-Cultural Aspects of the Stigma of Mental Illness. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness - Theory and Interventions* (pp.19-35). West Sussex: Wiley.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicómios*. São Paulo: Editora 34.
- Pio Abreu, J. L. (1992). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and is it to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.
- Pimenta, P., & Baptista, A.A. (2004). Das plataformas de e-Learning aos objectos de aprendizagem. In A.A.S. Dias & M.J. Gomes (Eds.), *E - Learning para E-Formadores* (pp. 99-109). Guimarães: TecMinho.
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-Resposta. In J. Pinto

- Gouveia, *Ansiedade Social: da Timidez á Fobia Social* (pp.237-258). Coimbra: Quarteto.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M.I., & Salvador, M.C. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: The social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviour scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.
- Pull, C. (2002). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *A Esquizofrenia* (2ª ed., pp. 13-41). Porto Alegre: Artmed.
- Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. O. Ralph & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness* (pp. 131-145). Washington, DC: APA.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/ exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Rasanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehttonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violence behavior. A 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 437-441.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- Repper, J., & Perkins, R. (2009). *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall.
- Rezende, J.M. (2009). *À sombra do plátano: Crônicas de História de Medicina*. São Paulo: UNIFESP.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Ritsher, J.B. & Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265.
- Rogers, S.E., Anthony, W.A., Cohen, M., & Davies, R.R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33(2), 99-113.
- Rojas-Bermudez, J.G. (1970). *Titeres y Psicodrama, Puppets and Psychodrama*. Buenos Aires: Genitor.
- Rojas-Bermudez, J.G. (1984). *Que es el Sicodrama? Teoria y Practica* (4ª ed.). Buenos Aires: Celcius.

- Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas* (1ª ed.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Roma Torres, A. (1994). Papéis psicossomáticos e o modelo interaccional da psicopatologia. *Psicodrama*, 2, 13-20.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.J. (2002). *E-learning: Estratégias para a Transmissão do Conhecimento na Era Digital*. São Paulo: Makron Books.
- Rovai, A.P., Ponton, M.K., Wighting, M.J., & Baker, J.D. (2007). A comparative analysis of student motivation in traditional classroom and e-learning courses. *International Journal on E-Learning* 6(3), 413.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rüsch, N., Corrigan, P., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., et al. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 320-328.
- Rüsch, N., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V., & Corrigan, P. (2010). Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Research*, 179(3), 328-332.
- Sales, C., Gonçalves, S., Fragoeiro, A., Noronha, S., & Elliott, R. (2007a). Psychotherapists Openness to Routine Naturalistic Idiographic Research? *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 145-161.
- Sales, C., Gonçalves, S., Fernandes, E., Sousa, D., Silva, I., Duarte, J. & Elliott, R. (2007b). *Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa (manuscrito não publicado).
- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P.C.G. (in press). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*.
- Santos, P.J. (2008). Validação da Rosenberg self-esteem scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In A.P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. XIII, pp.451-460) [Cd-Rom, A39]. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, P.J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.

- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness. A report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., et al. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9, 131-144.
- Schnittker, J. (2008). An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Social Science & Medicine*, 67(9), 1370-1381.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 137-155.
- Schulze, B. (2008). Evaluating programmatic needs concerning the stigma of mental illness. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness - Theory and Interventions* (pp. 85-124). Ontario: Wiley.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142-150.
- Schulze, H. (2008). Using the Internet for fighting the stigma of schizophrenia. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness, Theory and Interventions*: Wiley.
- Scott, A., & Wilson, L. (2011). Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self management in mental health. *Nursing Inquiry*, 18(1), 40-49.
- Sena, A. M. (1884). *Os alienados em Portugal - I História e Estatística*. Lisboa: Publicação da Medicina Contemporânea. Ulmeiro.
- Senra-Rivera, C., Arriba-Rossetto, A., & Seoane-Pesqueira, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con Esquizofrenia *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 73-83.
- Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria - da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Shroff, R.H., Vogel, D.R., Coombes, J., & Lee, F. (2007). Student e-learning intrinsic motivation: A qualitative analysis. *Communications of the Association for Information Systems*, 19(1),12.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma Resistance in Patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.

- Siegel, S. & Castellan, N.J. (2006). *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. São Paulo: Artmed.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: uma Revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.
- Silveira, C., Curral, R., Norton, A., Silva, S., Domingues, I., Barbosa, F. & Palha, A. (2007). Insight and executive dysfunction in schizophrenic patients. 15th European Congress of Psychiatry, 17-21 Março, Madrid (comunicação oral por poster).
- Silverman, D. (2004). *Qualitative Research: A Practical Handbook* (2ª ed.). London: Sage.
- Simon, B. (1992). Shame, stigma and mental illness in Ancient Greece. In P.J. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and Mental Illness* (pp.23-29). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Singh, H. (2003). Building effective blended learning programs. *Educational Technology*, 43, 51-54.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Raue, P., Friedman, S.J., et al. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479-481.
- Soares, S. (2005). Programa de intervenção em grupo para doentes com esclerose múltipla. In M. P. Guerra (Ed.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 175-186). Lisboa: Climepsi.
- Soeiro, A.C. (1994). Psicopatologia e Psicodrama. *Psicodrama*, 1, 3-14.
- Soeiro, A.C., & Saad, C. A. (1995). *Psicodrama e Psicoterapia* (2ª ed.). São Paulo: Ágora.
- Sousa, S., Oliveira, S. Marques, A., Pereira, E.G. & Queirós, C. (2009). *Auto-estigma e potencial de recovery na Esquizofrenia*. Poster no VI Colóquio Internacional de Esquizofrenia do Porto, 19-20 Junho, Porto.
- Spadini, L. S., & Souza, M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escolar Enfermagem USP*, 40(1), 123-127.
- Spagnolo, A.B., Murphy, A.A., & Librera, L.A. (2008). Reducing Stigma by Meeting and Learning from People with Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-193.
- Speer, P.W., Jackson, C.B., & Peterson, N.A. (2001). The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Health Education & Behaviour*, 28, 716-732.
- Spiro, R. J., & Jehng, J. (1990). Cognitive flexibility and hipertext: Theory and technology for the non-linear and multidimensional traversal of complex subject

- matter. In D. Nix & R. Spiro (Eds.), *Cognition, education, and multimedia*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spiro, R.J., Feltovich, P.J., Jacobson, M.J., & Coulson, R.L. (1992). Cognitive flexibility, constructivism, and hypertext: Random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. *Constructivism and the technology of instruction: A conversation*, 57-75.
- Star, S. (1955). *The public's ideas about mental illness*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association for Mental Health.
- Staring, A., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H., & Mulder, C. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2), 363-369.
- Stein, F. & Cutler, S. (2002). *Psychosocial Occupational Therapy - A Holistic Approach* (2nd ed.), Albany, New York: Delmar.
- Sternberg, P. & Garcia, A. (2000). *Sociodrama - Who's in your shoes?* (2nd ed.). Westport: PRAEGER.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). Family Psychoeducation: Building your program. HHS Pub. No. SMA-09-4422, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Sun, P.C., Tsai, R.J., Finger, G., Chen, Y.Y., & Yeh, D. (2008). What drives a successful e-Learning? An empirical investigation of the critical factors influencing learner satisfaction. *Computers & Education*, 50(4), 1183-1202.
- Taskin, E.O., Sen, F.S., Aydemir, O., Demet, M.M., Ozmen, E., & Icelli, I. (2003). Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 586-592.
- Tengstrom, A., Hodgins, S., Grann, M., Langstrom, N., & Kullgren, C. (2004). Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 367-391.
- Thornicroft, G. (2009). Shunned: Discrimination against people with mental illness. *Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability*, 11(1), 56 - 58.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & the INDIGO group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.

- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *British Journal Of Psychiatry*, 190, 192-193.
- Tilio, R.D. (2007). "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, 17(37), 195-206.
- Torres, S. (2005). Programa de intervenção em grupo para grávidas toxicodependentes. In M. P. Guerra & L. Lima (Eds.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 121-154). Lisboa: Climepsi.
- Tosquelles, F. (1984). *Éducation et psychothérapie institutionnelle*. Mantes: Hiatus.
- Üçok, A. (2008). Other people stigmatize... but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness, Theory and Interventions* (pp. 147-174). West Sussex:Wiley.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.
- Veiga, S. (2009). *Palcos de conhecimento, espaços de transformação - Contributos da metodologia sociodramática para a formação dos educadores sociais*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Évora: Universidade de Évora.
- Veltman, A., Cameron, J.I., & Stewart, D.E. (2002). The Experience of Providing Care to Relatives with Chronic Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(2), 108-114.
- Wahl, O.F. (1999a). *Telling is a risky business: Mental Health Consumers Confront Stigma*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wahl, O.F. (1999b). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9-10.
- Warner, R. (2000). *The environment of schizophrenia: Innovations in practice, policy and communications*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Warner, R. (2008). Implementing anti stigma programmes in Boulder Colorado and Calgary, Alberta. In J. Arboleda-Flórez & N. Sartorius (Eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness, Theory and Interventions* (pp. 161-174). West Sussex:Wiley.
- Watson, A.C., & Corrigan, P. (2005). Challenging public stigma: a targeted approach. In P. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 281-295). Washington, DC: American Psychological Association.

- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Webb, B.R. (1996). The role of users in interactive systems design: when computers are theatre, do we want the audience to write the script? *Behaviour & Information Technology*, 15(2), 76-83.
- Weeghel, J.V. & Kroon, H. (2004). Perfilando la investigación en rehabilitación psiquiátrica - Percepciones de los investigadores ("stakeholders"). *The European Journal of Psychiatry*, 18(2). 73-82.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of helping behaviour: an analysis of judgements of help giving. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 186-200.
- Weinstein, F. & Platt, G.M. (1969). *The wish to be free*. Berkeley: University of California Press.
- Wieczynski, D. M. (2000). Effects of a stigma management group for individuals with mental illnesses. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Science and Engineering*, 61, 2786.
- Wirth, J.H. & Bodenhausen, G.V. (2009). The Role of Gender in Mental-Illness Stigma. *Psychological Science*, 20(2), 169-173.
- Yang, L.H., Kleinman, A., Link, B.G., Phelan, J.C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442.
- Zuretti, M. (1995). *El hombre en los grupos – Sociopsicodrama*. Buenos Aires: Lumen - Hormé.

Sites consultados:

Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association, acedido em Março 2011 in <http://www.copmi.net.au/>.

Social Care Institute for Excellence (2007). *An introduction to the mental health of older people*, acedido em Fevereiro 2011 in <http://www.scie.org.uk/publications/elearning/index.asp>.

Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association (2011). acedido em Março 2011 in <http://www.copmi.net.au/>.

Beyondblue (2011). acedido em Março 2011 *in* <http://www.beyondblue.org.au/index.aspx>,.

Open the Doors. acedido em Março 2011 *in* <http://www.openthedoors.com/>.

The Royal College of Psychiatrists (2006). Changing Minds, acedido em Março 2011 *in* <http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/changingminds/whatischangingminds/whychangingminds.aspx>.

Anexo: Exemplo de uma aula de *E-Learning* do CEFVA

- **Doença Mental: Factos e Mitos (*PrintScreen*)**



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial


Apresentam


[Saltar Introdução](#)




Curso de Educação e Formação
Para a Vida Activa

[Saltar Introdução](#)


**Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa**


**Laboratório de
Reabilitação Psicossocial**


SÃO JOÃO

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Objectivos de aprendizagem

- Compreender o impacto do estigma e da discriminação na saúde mental;
- Perceber o que é um mito, quais os principais que afectam a pessoa com doença mental e como explicá-los.


Duração da sessão: 30 minutos


Introdução


Conteúdo


Conclusão

Referências Bibliográficas


**Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa**


**Laboratório de
Reabilitação Psicossocial**


SÃO JOÃO


Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Introdução

Nesta sessão vamos conhecer os principais mitos relacionados com a doença mental.


Conheça os factos que os explicam e, use o seu conhecimento para aprender e ensinar outras pessoas, ajudando aqueles que possam estar a passar por um problema de saúde mental.


A informação e o conhecimento são duas ferramentas poderosas que podem fazer toda a diferença na vida de alguém.

Faça agora, por favor, a auto-avaliação inicial.



Auto-avaliação inicial


Ouvir Som


Conteúdo

Auto-Avaliação Inicial da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

Autenticação

E-mail:

Utilizador:

☐ Lembrar

Começar

Auto-Avaliação Inicial da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

Página Inicial



Nesta secção vai encontrar algumas perguntas que poderá achar úteis para perceber alguns conceitos - chave desta aula.

Em cada uma das próximas páginas vai ver uma questão. Depois de a responder deverá:

- Avançar para a próxima questão clicando no botão
- No final da sessão terá acesso à sua pontuação

Começar

Auto-Avaliação Inicial da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

❏ Questão 4 de 11

A doença mental pode afectar todas as pessoas.

☐ Sim

☐ Não

❏ Questões

< Anter...

Próxi... >

Auto-Avaliação Inicial da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial


❏ Resultados

Nº de questões	Score total	Aprovação	Aprovação	O seu score	Tempo
11	11	75%	8.3	9	00:00:37

Parabéns! Muito bem, tem muito bons conhecimentos sobre o tema!

Rever

Auto-Avaliação Inicial da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

Questão 1 de 11

Lista de questões


Título	Pontos	Score
1. As pessoas com doença mental são mais violentas do que as pesso ..	1	1
2. As pessoas com doença mental são incapazes de realizar tarefas dif ..	1	1
3. As pessoas com doença mental podem trabalhar.	1	1
4. A doença mental pode afectar todas as pessoas.	1	1
5. As pessoas com doença mental encontram-se sempre "fora da reali ...	1	1
6. As pessoas com doença mental recebem tratamento, porque falhar ...	1	1
7. Às pessoas com doença mental basta-lhes ter pensamentos positiv ...	1	1
8. A maior parte das pessoas com doença mental vivem nas ruas ou e ...	1	1
9. As pessoas com doença mental podem ter filhos.	1	0

Questões

Result...


Anter...

Próxi... >




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



São João



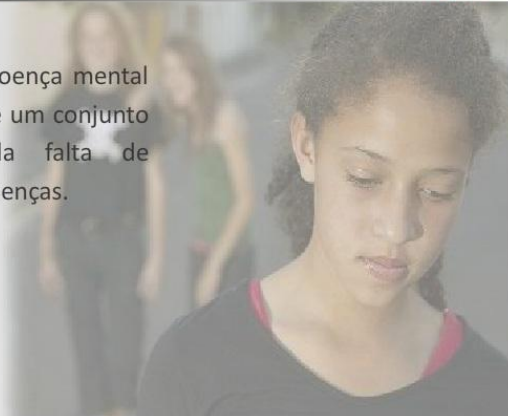
Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

O Estigma


Pág. 1 de 21

O **estigma** [?] relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido e de um conjunto de falsas crenças, originadas pela falta de conhecimento e compreensão destas doenças.







Desligar
Som





Seguinte

222


Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa


 Laboratório de
 Reabilitação Psicossocial


 SÃO JOÃO

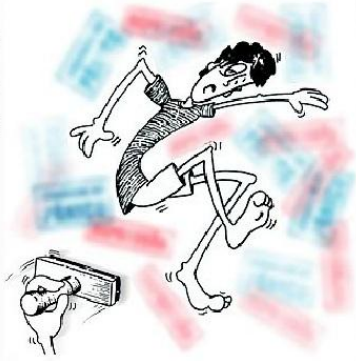

 Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


o Estigma

Pág. 2 de 21


O estigma é constituído por rótulos negativos usados para identificar pessoas com problemas de saúde mental, criando barreiras que impedem os indivíduos e as suas famílias de procurar ajuda, pelo medo de serem excluídos.





Anterior



 Desligar Som

Seguinte


Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa


 Laboratório de
 Reabilitação Psicossocial


 SÃO JOÃO



 Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


o Estigma

Pág. 3 de 21


A exclusão e a discriminação são resultados do estigma e dos preconceitos contra a pessoa doente.




Anterior


 Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Os componentes do Estigma

Pág. 4 de 21


A doença mental é a segunda maior causa de incapacidade na Europa, a seguir às doenças cardiovasculares.

Devido ao receio de serem discriminadas muitas pessoas adiam o tratamento psiquiátrico.

As doenças mentais são causa da perda de 70 a 140 dias de trabalho por ano.

O estigma e a discriminação em torno da saúde mental são muito comuns, especialmente quando nos referimos à doença mental.

Anterior



Desligar Som

Seguinte



Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Os componentes do Estigma

Pág. 5 de 21




Agora clique no jornal para abrir.

Anterior




Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO




Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Os componentes do Estigma

Pág. 5 de 21




Anterior




Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Os componentes do Estigma


Pág. 6 de 21

A doença mental é muito frequente.

Pode acontecer a qualquer pessoa, em qualquer altura da vida,
mas tem tratamento.



Anterior



Desligar Som

Seguinte



Os componentes do Estigma

Pág. 7 de 21

O estigma na doença mental está relacionado com **esteriótipos** [?] negativos, preconceitos e **mitos** [?], podendo originar a exclusão social e a **discriminação** [?].

Mas outros grupos são vítimas de estigma. Encoste o rato às imagens seguintes e veja os exemplos:



peças de
etnia cigana



mulheres



reclusos



peças de raça
negra



deficientes
motores



Anterior



Seguinte



Mitos/Factos


Pág. 8 de 21



Anterior




Seguinte




Curso de

Educação e Formação para a Vida Activa




Laboratório de

Reabilitação Psicossocial




SÃO JOÃO




Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental



Mito 1: As pessoas com doença mental são incapazes de realizar tarefas complexas?



Anterior

Desligar Som

Seguinte



Curso de

Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de

Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental



Mito 1: As pessoas com doença mental são incapazes de realizar tarefas complexas?



Claro que não, existem várias pessoas que têm uma doença mental e que realizam várias tarefas complexas e têm carreiras de sucesso. Clique em cada uma das fotos e descubra quem são.



Vaslav Nijinski



Jonh Nash



Lionel Aldridge

Anterior

Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 1: As pessoas com doença mental são incapazes de realizar tarefas complexas?

Pág. 9 de 21

Claro que não, existem várias pessoas que têm uma doença mental e que realizam várias tarefas complexas e têm carreiras de sucesso. Clique em cada uma das fotos e descubra quem são.

Jonh Nash

- Nasceu a 13 de Junho de 1928 nos Estados Unidos.
- Em 1948 realizou o seu doutoramento na área da matemática na Universidade de Princeton;
- Em 1957 foi-lhe diagnosticado uma doença mental - esquizofrenia;
- Em 1994 recebeu o prémio Nobel de Economia;
- Actualmente trabalha no departamento de matemática da Universidade de Princeton;

Anterior

Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 2: As pessoas com doença mental que recebem tratamento, falharam e são fracas?

Pág. 10 de 21

Anterior

Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 2: As pessoas com doença mental que recebem tratamento, falharam e são fracas? Pág. 10 de 21

Não são fracas nem falharam, o tratamento leva a uma redução dos sintomas e ao aumento de qualidade de vida em 70% a 90% dos indivíduos com doença mental. Logo as pessoas com doença mental que recebem tratamento promovem a sua saúde mental, pois o tratamento é essencial.

MITOS da doença mental

Tratamento Psicossocial

Tratamento Farmacológico

Anterior

Desligar som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 3: A maior parte das pessoas com doença mental vive nas ruas ou em hospitais psiquiátricos? Pág. 11 de 21


Anterior


Desligar som

Seguinte

**Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa**

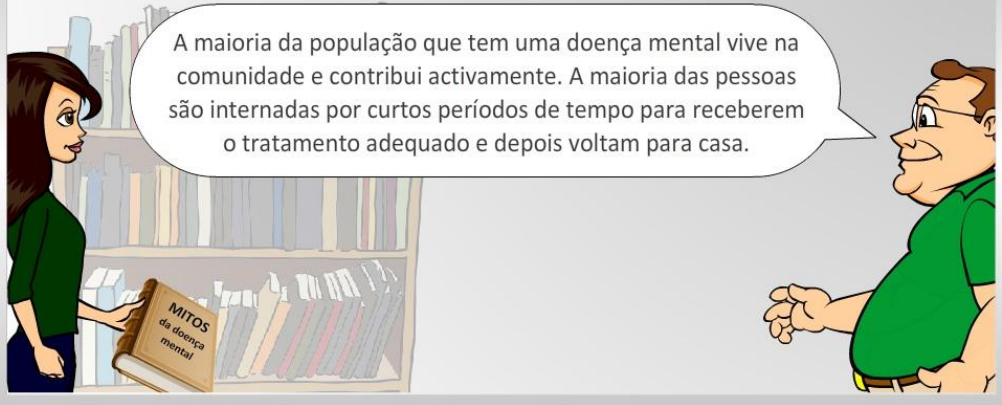
Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO


Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 3: A maior parte das pessoas com doença mental vive nas ruas ou em hospitais psiquiátricos? Pág. 11 de 21





A maioria da população que tem uma doença mental vive na comunidade e contribui activamente. A maioria das pessoas são internadas por curtos períodos de tempo para receberem o tratamento adequado e depois voltam para casa.


Anterior


Desligar
Som

Seguinte

**Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa**

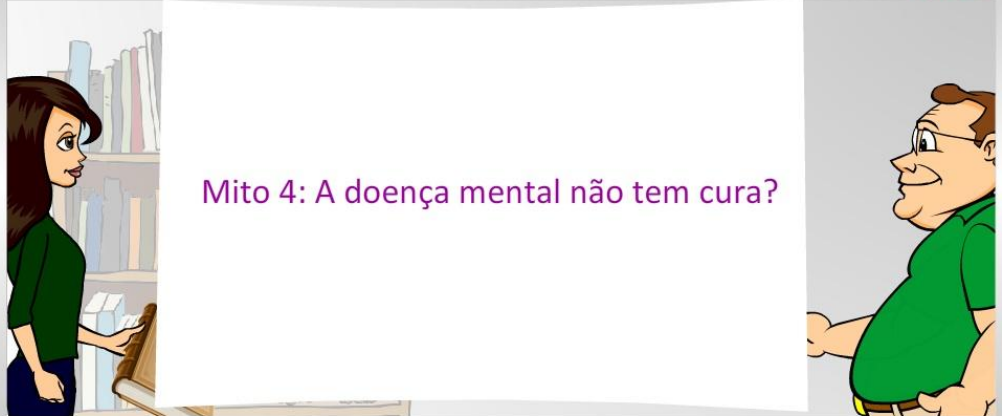
Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO


Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Pág. 12 de 21



Mito 4: A doença mental não tem cura?

Anterior

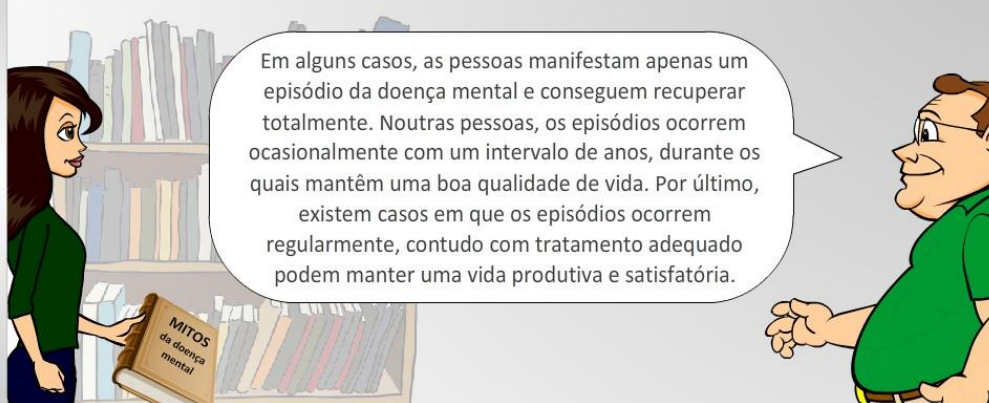
Desligar
Som

Seguinte

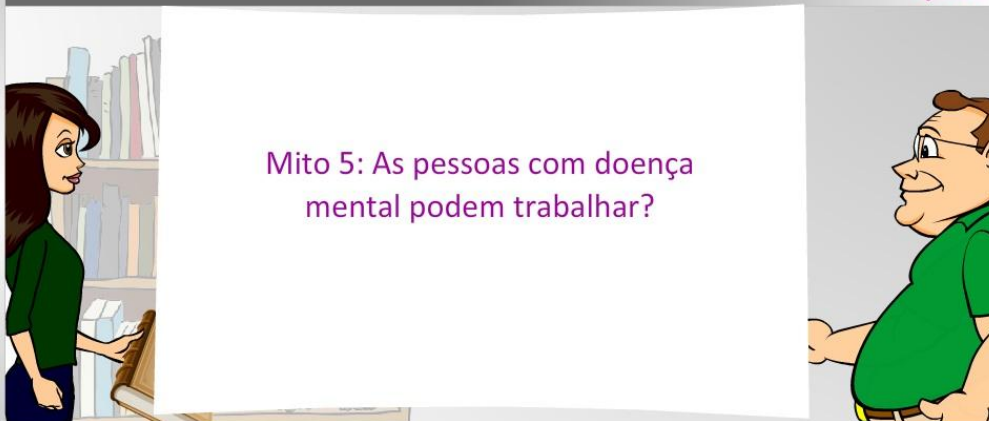



Mito 4: A doença mental não tem cura?

Pág. 12 de 21




Pág. 13 de 21







Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 5: As pessoas com doença mental podem trabalhar?

Pág. 13 de 21



As pessoas com doença mental podem trabalhar, sendo um factor positivo no tratamento delas. A actividade laboral aumenta a auto-estima, o contacto social, promove rotinas para o seu dia-a-dia, que promovem a saúde mental.

Clique aqui para ler um caso real




Anterior




Desligar
Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 6: O facto de se ter uma doença mental faz com que se seja preguiçoso e inactivo?

Pág. 14 de 21



Mito 6: O facto de se ter uma doença mental faz com que se seja preguiçoso e inactivo?





Anterior





Desligar
Som

Seguinte

 **Curso de**
Educação e Formação para a Vida Activa


 Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

 SÃO JOÃO


 Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 6: O facto de se ter uma doença mental faz com que se seja preguiçoso e inactivo? Pág. 14 de 21




A maioria das pessoas com doença mental vive na comunidade, sendo pessoas activas. 60% das pessoas com doença mental têm vontade de trabalhar, porém não conseguem ultrapassar as barreiras existentes na sociedade.





Anterior


 Ouvir
Som

Seguinte

 **Curso de**
Educação e Formação para a Vida Activa


 Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

 SÃO JOÃO


 Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 7: As pessoas com doença mental não podem ter filhos? Pág. 15 de 21




Mito 7: As pessoas com doença mental não podem ter filhos?




Anterior

 Ouvir
Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 7: As pessoas com doença mental não podem ter filhos?

Pág. 15 de 21




Claro que as pessoas com doença mental podem ter filhos! Mas, ao querer constituir família, devem consultar o seu médico ou outro profissional de saúde. A doença mental não é hereditária mas o risco de uma criança desenvolver uma doença mental é mais elevada, se um dos progenitores for doente. Se os dois forem portadores de doença mental, o risco duplica.




Anterior

 Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 8: A doença mental pode afectar todas as pessoas?

Pág. 16 de 21




Mito 8: A doença mental pode afectar todas as pessoas?





Anterior


 Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial


SAO JOAO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 8: A doença mental pode afectar todas as pessoas?


Pág. 16 de 21





A doença mental pode afectar qualquer pessoa em qualquer período da sua vida. Cerca de 1 em 4 dos adultos europeus num determinado ano são afectados por uma doença mental. Em Portugal cerca de um milhão de pessoas, por ano, sofre uma perturbação mental, que tem reflexos na família, no trabalho e na comunidade.





Anterior


Desligar
Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial


SAO JOAO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 9: Às pessoas com doença mental basta-lhes ter pensamentos positivos e rezar para recuperarem?


Pág. 17 de 21





Mito 9: Às pessoas com doença mental basta-lhes ter pensamentos positivos e rezar para recuperarem?





Anterior


Desligar
Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

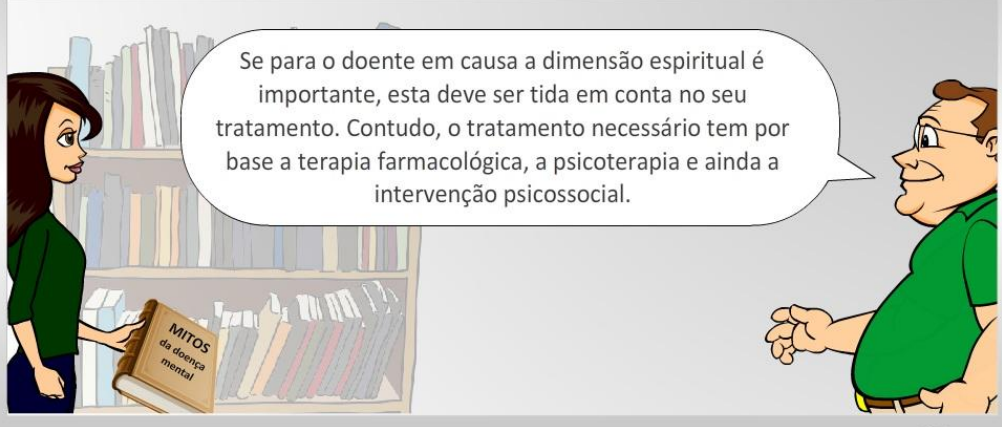
Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 9: Às pessoas com doença mental basta-lhes ter pensamentos positivos e rezar para recuperarem?
Pág. 17 de 21





Se para o doente em causa a dimensão espiritual é importante, esta deve ser tida em conta no seu tratamento. Contudo, o tratamento necessário tem por base a terapia farmacológica, a psicoterapia e ainda a intervenção psicossocial.


Anterior


Desligar
Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

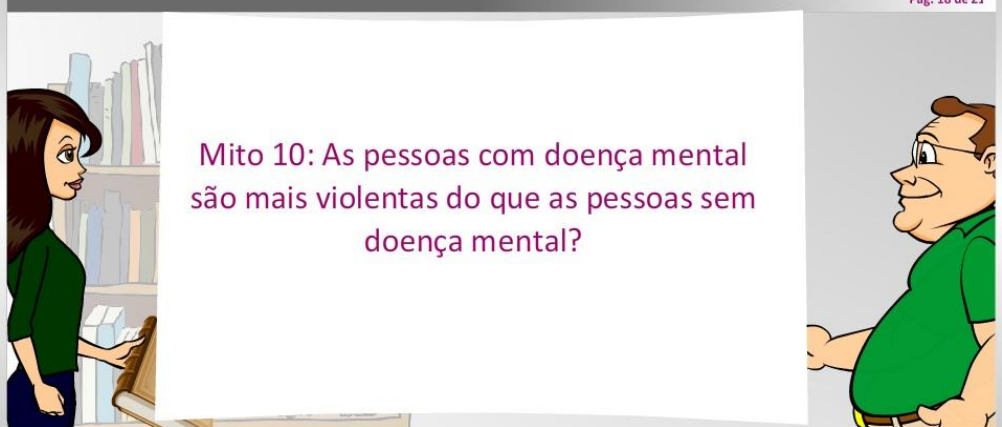
Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO


Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 10: As pessoas com doença mental são mais violentas do que as pessoas sem doença mental?
Pág. 18 de 21





Anterior


Desligar
Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

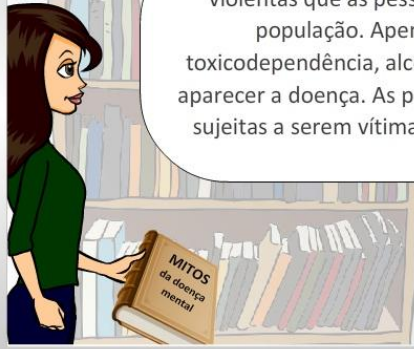
SÃO JOÃO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 10: As pessoas com doença mental são mais violentas do que as pessoas sem doença mental?


Pág. 18 de 21




As pessoas com doença mental na generalidade não são mais violentas que as pessoas sem doença mental da mesma população. Apenas se já estiverem historial de toxicod dependência, alcoolismo e violência criminal, antes de aparecer a doença. As pessoas com doença mental estão mais sujeitas a serem vítimas de crime, do que a cometerem um crime.





Anterior


Desligar som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial


SÃO JOÃO

Menu Inicial


Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Mito 11: As pessoas com doença mental encontram-se sempre “fora da realidade”?


Pág. 19 de 21




Mito 11: As pessoas com doença mental encontram-se sempre “fora da realidade”?





Anterior


Desligar som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

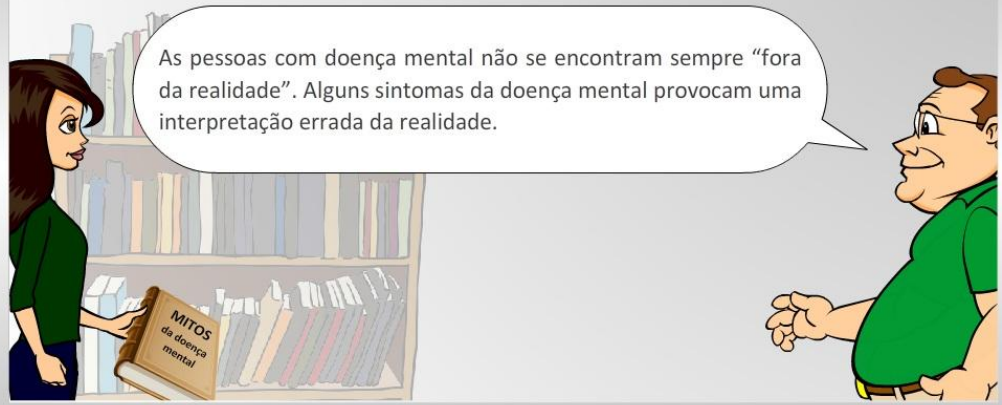
SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 11: As pessoas com doença mental encontram-se sempre “fora da realidade”?

Pág. 19 de 21





As pessoas com doença mental não se encontram sempre “fora da realidade”. Alguns sintomas da doença mental provocam uma interpretação errada da realidade.


Anterior


Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

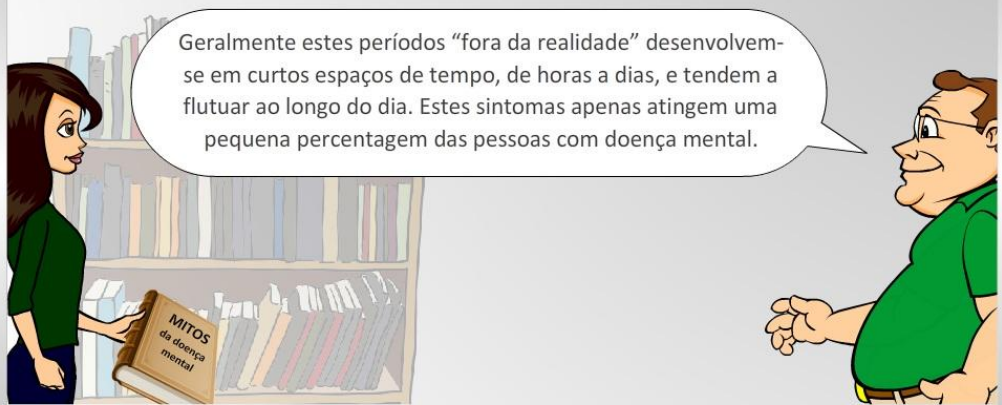
SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Mito 11: As pessoas com doença mental encontram-se sempre “fora da realidade”?

Pág. 19 de 21




Geralmente estes períodos “fora da realidade” desenvolvem-se em curtos espaços de tempo, de horas a dias, e tendem a flutuar ao longo do dia. Estes sintomas apenas atingem uma pequena percentagem das pessoas com doença mental.


Anterior

Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental


Pág. 20 de 21




Anterior

 Desligar Som


Seguinte




Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial



SÃO JOÃO



Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Pág. 20 de 21



Anterior

 Desligar Som

Seguinte

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Revisão de Conhecimentos

Pág. 21 de 21

Apresentamos aqui várias afirmações que podem ser mitos ou factos. Coloque-os nas caixas correctas arrastando cada uma das frases.

As pessoas com doença mental são mais violentas que as outras pessoas.

As pessoas que recebem tratamento aumentam em 70 a 90% a sua qualidade de vida.

No geral as pessoas com doença mental encontram-se, na maior parte do tempo, "dentro da realidade".

As pessoas com doença mental são capazes de realizar tarefas complexas.

As pessoas com doença mental não podem trabalhar.

A doença mental só pode afectar algumas pessoas

Para recuperar as pessoas só precisam de rezar e ter pensamentos positivos.

A doença mental não tem cura

As pessoas com doença mental podem ter filhos.

As pessoas com doença mental são preguiçosas e inactivas.

Mito

Facto

Correcto!

Anterior

Desligar Som

Conclusão

Curso de
Educação e Formação para a Vida Activa

Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

SÃO JOÃO

Menu Inicial

Aula 3 - Factos e Mitos na Doença Mental

Conclusão

Pág. 1 de 2

Chegou ao fim da aula sobre "Mitos e Factos da doença mental".

Foram apresentados alguns mitos que estão associados à doença mental, e os respectivos factos.

Assim procuramos explicar que existem vários mitos que não correspondem à realidade e que devem ser postos de parte.

Seguinte

Auto-Avaliação Final da Aula 3



Laboratório de
Reabilitação Psicossocial

Autenticação

E-mail:

Utilizador:

☐ Relembrar

Começar